« Qu'en est-il de la responsabilité envers les patientes et les patients? »

RAPPORT FINAL DU GROUPE D'ÉTUDE SPÉCIAL SUR L'ABUS SEXUEL DES PATIENTES ET DES PATIENTS

Présidente du groupe d'étude :
Marilou McPhedran

Membres du groupe d'étude :
Harvey Armstrong • Briar Long • Pat Marshall • Roz Roach

Conseillère spéciale :
Ronda Bessner

ISBN 0-7778-9917-5

Conception du rapport final : Martha Newbigging de Flip Pix.
Conception de la page couverture de la version préliminaire du rapport : Luciana Ricciutelli d'Avana Publications.

LE POINT DE VUE D'UN ORDRE

Parmi toutes les recommandations formulées par le groupe d'étude de 1991 qui sont passées dans la loi, celle qui reste la plus contestée est la révocation obligatoire du certificat d'inscription des membres reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel. Une décision récente d'un comité de discipline, reprise ci-après, aborde la validité constitutionnelle de cette disposition du Code des professions de la santé qui forme l'annexe 2 de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** :

« Le paragraphe 51(5) du Code n'aborde pas directement les relations sexuelles, il réglemente la façon dont les médecins peuvent exercer leur profession. Or le droit d'exercer une profession ne se rapporte pas à un droit fondamental, mais à un intérêt économique, et de ce fait, il n'est pas inclus dans les garanties juridiques énoncées à l'article 7 [de la Charte canadienne des droits et libertés établie dans la Loi constitutionnelle de 1982]. Le comité estime qu'il s'agit de voir dans le paragraphe 51(5) une disposition visant non pas à restreindre les libertés des médecins, mais plutôt à réglementer les actes et la conduite des médecins dans l'exercice de leur profession. Exercer la médecine en Ontario est un privilège qui a pour corollaire certaines obligations envers les patientes et les patients (en l'occurrence de s'abstenir de tout rapport sexuel), le public et les autres membres de la profession. »

Traduction d'un extrait de la décision rendue dans l'affaire ***The Order of Physicians and Surgeons of Ontario v. Dr. Anil Mendi Mussani and The Ontario Medical Association (1999)*** [portée en appel].

LE POINT DE VUE D'UNE PATIENTE

Traduction d'un extrait de la transcription de l'audience publique du groupe d'étude spécial tenue le 24 mai 2000. Question de la présidente du groupe d'étude spécial à une patiente, Janet, l'invitant à relater son expérience : ***« Dites-moi, vous est-il arrivé de penser à ce que cela aurait changé pour vous si vous aviez pu être une partie aux procédures de l'ordre? »***

Janet :

Le fait est que personne ne savait mieux que moi combien cet homme mentait. Bien des fois, quand il avait fini un témoignage, c'était plus fort que moi, j'allais voir les avocats de la poursuite pour leur dire, je peux vous aider, voyez-vous. Ils me répondaient que la preuve ne les intéressait pas, ils ne voulaient rien savoir. C'était toujours la même chose. Et bien je trouve qu'ils ont eu tort, qu'ils auraient dû m'écouter et accepter que je les aide à prouver que cet homme ment comme il respire. En plus, quelqu'un aurait dû me montrer la Loi sur les professions de la santé réglementées. Je me dis que si j'avais pu la lire d'avance, j'aurais su qu'on me privait de mes droits, quoi. Enfin, vous savez, la manière dont ça se déroule c'est que vous avez, bon, le médecin d'un côté, qui s'est permis de vous manipuler et de vous réduire au silence et de l'autre l'ordre, qui d'abord lui aussi vous prive de parole et ensuite fait comme si vous n'existiez même pas. Je n'ai existé dans cette affaire que les quelques instants qu'a duré mon témoignage.

LE POINT DE VUE D'UN JUGE

Rares sont les personnes qui, en-dehors des procédures de l'ordre compétent ou du processus pénal, trouvent le courage et les moyens d'entamer des poursuites en dommages-intérêts contre le médecin ou autre professionnel qui a abusé d'elles.

Rares sont donc aussi les jugements qui examinent attentivement la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel de la santé. C'est pourquoi nous tenons à citer l'opinion émise en 1998 par le juge J. Aitken de la Cour de justice de l'Ontario, Division générale :

[TRADUCTION] « Elle s'est tournée vers lui à un moment de sa vie où elle était particulièrement insécurisée et vulnérable. C'était un professionnel qui avait les compétences nécessaires pour lui venir en aide, mais qui s'est servi de ses compétences pour tourner la situation à son avantage et qui a exploité l'insécurité de sa patiente, sa quête d'une figure paternelle positive et ses inhibitions sexuelles. Dans pareilles circonstances, comme l'ont confirmé les Dres Jackson et Freebury, il est hors de question de penser que la patiente ait pu agir de son plein gré. Sa participation à des activités sexuelles avec le Dr B. [psychologue] n'était pas basée sur sa réelle compréhension de ce qui se passait. Le médecin avait toujours laissé planer le doute quant à savoir si ses avances faisaient partie de son traitement ou si elles reflétaient un sentiment d'affection véritable ou quoi que ce soit. S'ajoute à cela le fait que le médecin n'a aucunement tenté de freiner la dépendance de la patiente envers lui, dépendance dont l'ampleur a fini par être telle que la patiente n'était plus capable d'évaluer une situation par elle-même ou d'en tirer ses propres conclusions. La patiente était de ce fait hors d'état de donner un consentement véritable. En conséquence, l'ensemble des gestes et des incidents, depuis les premiers attouchements jusqu'aux relations sexuelles en passant par les accolades, les baisers, les caresses et la masturbation représentaient autant de voies de fait.

Je suis d'accord avec la juge McLachlin pour dire que " ...lorsqu'un tel déséquilibre existe, peu importe ce que le patient a fait, qu'il se soit vêtu de manière séduisante ou ait pu sembler consentant ou personnellement intéressé, le médecin sera toujours fautif s'il y a exploitation sexuelle. " (Norberg c. Wynrib [1992], 2 R.C.S. 226 à la page 287).

En l'espèce, il y a bien eu exploitation sexuelle, dont le Dr B. est le seul responsable. Il ne saurait y avoir aucun doute qu'en tant que thérapeute, le fait d'accepter de traiter la patiente dans son cabinet créait pour lui des obligations envers cette personne découlant d'un rapport fiduciaire. Il est tout aussi évident qu'il a manqué à ces obligations dans la mesure où il a enfreint sans vergogne les limites d'une relation thérapeute-cliente convenable, notamment en entamant et en entretenant une relation sexuelle avec la patiente. Le médecin, par son manquement à ses obligations, a négligé les intérêts de sa patiente pour servir ses intérêts personnels. De surcroît, il ne s'est pas agi d'un incident isolé, mais d'un comportement maintes fois répété d'août 1990 à août 1995, voire au-delà. »

Arrêt : Le tribunal a accordé à la plaignante des dommages-intérêts de 326 275,98 $, y compris 100 000 $ de dommages-intérêts alourdis, 25 000 $ de dommages-intérêts punitifs et un peu plus de 200 000 $ de dommages-intérêts particuliers. Le tribunal a par ailleurs accordé 30 000 $ de dommages-intérêts au conjoint de la plaignante en contrepartie de ses pertes passées et futures liées au traitement requis par son épouse. Le préjudice subi par la plaignante était la conséquence prévisible de la négligence du défendeur. Au moment d'établir le

montant des dommages-intérêts, le tribunal est parti du principe que n'eût-ce été des actions du défendeur, la plaignante aurait pu vivre sa vie normalement et en santé à compter de décembre 1993. Elle aurait repris le travail à plein temps. Elle aurait peut-être de temps à autre eu besoin de consultations de soutien ou d'appoint, mais rien de comparable à la psychothérapie intensive qui lui est nécessaire depuis décembre 1993. L'octroi de dommages-intérêts alourdis est tout à fait approprié dans le cas présent. Le défendeur a violé quasiment toutes les règles de déontologie et il a fait montre d'une négligence si insouciante et impudente que la cour en est choquée.

LE POINT DE VUE D'UNE INTERVENANTE

« Depuis quatre ou cinq ans, les intérêts des membres emportent de nouveau la balance, ce qui se manifeste par un tel préjugé défavorable contre les patientes que bon nombre d'avocats, dont moi-même, se voient dans l'impossibilité de recommander à leur clientèle de s'en remettre à un ordre. »

Traduction d'une déclaration faite par Susan Vella lors de l'audience publique du groupe d'étude spécial tenue le 24 mai 2000.

Table des matières

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT
à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au président du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (« CCRPS »)

AVANT-PROPOS i
N. Jane Pepino, C.M., c.r.

ONZE QUESTIONS SOUMISES AU GROUPE D'ÉTUDE SPÉCIAL iv

RÉSUMÉ vi

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'ÉTUDE SPÉCIAL xiii
34 recommandations en tout

QUELQUES MOTS SUR NOTRE IDENTITÉ ET NOS MOTIVATIONS xxv

INTRODUCTION xxviii
Dre Susan Penfold, auteure de *Sexual Abuse by Health Professionals* (1998)

CHAPITRE 1 :
À L'ÉCOUTE DES PATIENTES ET DES PATIENTS 1
Notre mandat 2
Un tour d'horizon des témoignages recueillis 3
Pourquoi ne pas nommer les professionnels mis en cause? 4
Les médias 5
Les comptes rendus des survivantes et des survivants 5
Sherrie
Sally
Andrew
Gilbert
Nora
Les victimes secondaires 13
James, le mari de Nora
La meilleure amie de Nora
Le patron de Nora (traduction d'un extrait de sa lettre à l'ordre)
Quelques autres témoignages de survivantes 15
Nikki
Brenda
Le mari de Brenda, Rod
La nécessité d'une charte des droits des patientes et des patients en Ontario 20
Janet
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 21
L'adoption d'une charte des droits des patientes et des patients

CHAPITRE 2 :
LES DEUX PRIORITÉS : LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET L'ÉQUITÉ 23
Notre mandat 24
L'historique du présent rapport 24
La question fondamentale 25

La tolérance zéro comme norme de protection 26
Le rappel des faits
Une nouvelle forme d'auto-réglementation 27
Qui entre dans les statistiques? 28
Les études sur la fréquence du problème au Canada 29
L'analyse des chiffres avancés
Le centre d'accès du public aux professions de la santé réglementées 31
Le traitement accéléré des plaintes grâce au centre d'accès du public 34
La publication de rapports annuels 35
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 35
L'application de la tolérance zéro
Le nouveau centre d'accès du public
La publication de rapports annuels par les ordres et le CCRPS
Le diagramme du centre d'accès du public 39

CHAPITRE 3 :
L'AUTO-RÉGLEMENTATION DANS L'INTÉRÊT PUBLIC **41**
La Commission d'appel et de révision des professions de la santé 41
Les règles de preuve lors des audiences disciplinaires 41
La divulgation de l'identité des patientes et des patients 42
Les rapports obligatoires
L'audition et la publication des faits
La constitution en partie des plaignantes et des plaignants 44
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 45
La nouvelle équipe de surveillance du CCRPS, catalyseur du changement
L'identification des patientes et des patients
L'obligation de faire rapport sans tarder
L'imposition d'une amende pour défaut de faire rapport
La Commission d'appel et de révision des professions de la santé
Les règles de preuve lors des audiences disciplinaires
Les amendes et le financement de la thérapie

CHAPITRE 4 :
LES EFFETS DES PROCÉDURES DE L'ORDRE SUR LES PATIENTES ET LES PATIENTS **49**
Les audiences 49
Le cas d'une patiente 50
L'accès aux fonds pour la thérapie 50
La modification de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** 51
La nécessité de constituer les plaignantes et les plaignants parties à l'audience 52
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 52
Le soutien aux parties plaignantes et leur statut lors des audiences
Les témoins experts
L'accélération des procédures disciplinaires

CHAPITRE 5 :
LES MESURES DISSUASIVES ET PUNITIVES **55**
Les lignes directrices sur les contacts d'ordre sexuel 55
Le transfert des sentiments

L'affaire de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario 57
L'affaire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario 58
La révocation obligatoire du certificat d'inscription
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 61
Les lignes directrices relatives aux contacts d'ordre sexuel
Les peines conformes à la tolérance zéro
La révocation obligatoire du certificat d'inscription en cas d'inconduite d'ordre sexuel répétée

CHAPITRE 6 :
LES SERVICES DE SOUTIEN, DE THÉRAPIE ET DE MÉDIATION **64**
L'objet du fonds pour la thérapie et ses critères d'admissibilité 64
La médiation et d'autres formes de règlement à l'amiable 66
Heather
Les recommandations du groupe d'étude spécial pour ce chapitre 71
L'élargissement du financement de la thérapie
L'exclusion de la médiation et d'autres formes de règlement à l'amiable

CHAPITRE 7 :
L'INFORMATION, L'ÉDUCATION ET LA FORMATION 74
L'information figurant dans les dossiers publics des ordres 74
L'accès à des données provinciales, nationales et internationales 74
L'information et la sensibilisation du public 75
Les professions de la santé non-réglementées 76
L'éducation des professionnels de la santé 76
Conclusion 78
Les recommandations du groupe d'étude pour ce chapitre 78
L'information figurant dans les dossiers publics des ordres
L'accès à des données provinciales, nationales et internationales
L'information et la sensibilisation du public
La protection contre l'abus sexuel par les membres des professions de la santé non réglementées

NOTES **82**

POSTFACE

Dre Judith Herman, reproduction d'un extrait de ***Trauma and Recovery*** (1997)

ANNEXES

1. Extraits :
   Lettre de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de janvier 2000
   Lettre du CCRPS de mars 2000
   Lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de juin 2000
II. Avis d'audience publique et d'audience privée diffusés dans la presse
III. Questionnaire distribué aux ordres en avril 2000
IV. La ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** et son ***Code des professions de la santé***
V. Reproduction des 60 recommandations présentées dans le rapport du groupe d'étude antérieur commandité par l'Ordre des médecins et

chirurgiens de l'Ontario en 1991 (Final Report of the Independent Task Force on Sexual Abuse of Patients)

VOS NOTES

SPECIAL TASK FORCE ON THE SEXUAL ABUSE OF PATIENTS
GROUPE D'ÉTUDE SPÉCIAL SUR L'ABUS SEXUEL DES PATIENTES ET DES PATIENTS

Présidente :
Marilou McPhedran

Membres :
Harvey Armstrong
Briar Long
Pat Marshall
Roz Roach

Conseillère spéciale :
Ronda Bessner

Coordonnatrice :
Karen Brown

Recherchiste :
Kathleen Gallivan

Équipe chargée du rapport final :
Valerie Markidis
Negar Mahdavian
Angela Green-Ingham
Jon Boynton
Martha Newbigging

Mandat du groupe d'étude :
Enquêter de façon indépendante sur ce qu'ont vécu les victimes d'abus sexuels par des membres des professions de la santé réglementées et sur la perception de ce problème par le public en général, de sorte à présenter des conseils et des recommandations au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée en rapport avec l'étude quinquennale de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.*

Le vendredi 10 novembre 2000

L'honorable Elizabeth Witmer
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Gouvernement de l'Ontario

Dr Rob Alder, président
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous soumettre par la présente nos conseils et nos recommandations, tel que vous nous les aviez demandés en début d'année dans vos lettres respectives des 7 janvier et 23 février.

Nous nous sommes attelés à la tâche le 16 février 2000. Nous nous sommes réunis à 18 reprises, en plus de nos rencontres avec des membres du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) et différentes personnes représentant le ministère. Nous avons par ailleurs organisé, de concert avec la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario, une table ronde le 12 mai dernier, recueilli lors de deux audiences les 24 et 31 mai, l'une publique, l'autre privée, les témoignages de victimes d'abus sexuels et de personnes intervenant pour défendre leurs intérêts et animé, le 9 juin, une discussion de groupe sur l'éducation et la formation du public et des professionnels de la santé, à laquelle ont participé des patientes, des intervenantes et des spécialistes en éducation. Enfin, nous avons tenu compte dans nos délibérations des récits que 57 victimes nous ont faits, directement ou par personne interposée, au téléphone, par lettre, par courriel ou encore face à face. Quatre-vingt pour cent des victimes dont l'expérience nous a été relatée sont du sexe féminin.

Notre rapport indépendant reflète les dix questions que vous nous aviez soumises, à laquelle nous en avons ajouté une onzième relative à l'éducation et à la formation. Nous sommes heureux de pouvoir vous présenter ci-après ce rapport avec ses 34 recommandations, fruit d'une réflexion basée sur les témoignages, les observations et la documentation que nous avons pu recueillir.

En vous remerciant de nous avoir donné cette occasion de servir l'intérêt public, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Marilou McPhedran | Harvey Armstrong | Briar Long

Pat Marshall | Raz Roach | Ronda Bessner

Bureau 1800, 415, rue Yonge, Toronto (Ontario) M5B 2E7
Appels sans frais : 1 877 380 0490

Avant-propos

PAR N. JANE PEPINO, C.M., C.R.

Les témoignages émouvants et les analyses percutantes présentés dans ce rapport final indépendant du groupe d'étude spécial nous apportent des données fondamentales et des recommandations concrètes quant à la façon de lutter contre les mauvais traitements d'ordre sexuel, communément appelés « abus sexuels », dont certains membres des professions de la santé continuent de se rendre coupables à l'endroit d'une partie de leur clientèle. Pour bien comprendre les retombées sur notre société de cette forme particulière de violence, nous devons replacer celle-ci dans le contexte hélas plus général de la violence envers les femmes et les enfants, et parfois même les hommes, en Ontario et au Canada. Au même titre que les professionnels de la santé qui commettent des abus sexuels ne représentent qu'une catégorie d'agresseurs parmi d'autres, l'abus sexuel ne représente que l'une des tristement nombreuses catégories de mauvais traitements et de violence. Soit dit en passant que s'il est vrai que les hommes et les garçons peuvent être et sont parfois victimes d'abus, les chiffres dont nous disposons confirment que la vaste majorité des victimes de mauvais traitements, y compris les personnes qui subissent des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains de professionnels de la santé, sont des femmes et des fillettes.

En 1985, lorsque Marilou McPhedran, Pat Marshall, moi-même et d'autres avons créé METRAC (Metropolitan Action Committee on Violence Against Women and Children), c'était le premier organisme du genre à s'être voué à dénoncer la violence envers les femmes et les enfants dans notre société et à bien faire comprendre que l'ignorance de ce problème reste l'une des principales entraves à la sécurité des femmes et des enfants et à leur capacité de se débarrasser des comportements débilitants qui sont l'inévitable legs de la violence. La peur constante de subir des mauvais traitements, en particulier aux mains d'inconnus qui frappent sans prévenir, façonne la vie des femmes et des enfants et les enserre dans son étau. Les mauvais traitements les plus traumatisants, surtout lorsqu'il s'agit de violence sexuelle, sont toutefois ceux qu'inflige une personne de confiance : voir sa confiance trahie par quelqu'un qui est à la fois un symbole d'autorité et un confident ou une confidente peut être aussi dévastateur pour l'estime de soi, l'assurance et la capacité de faire confiance aux autres que l'inceste ou d'autres formes de violence familiale. C'est pourquoi je félicite le groupe d'étude spécial du travail qu'il a fourni pour faire la lumière sur les obstacles systémiques compromettant encore de nos jours notre sécurité, pour éliminer ces obstacles et enfin pour promouvoir l'adoption de

normes adéquates applicables aux professions de la santé comme aux personnes et organismes assurant leur éducation, leur réglementation et leur discipline dans l'intérêt public.

Avant la publication du rapport du premier groupe d'étude à s'être penché sur les abus sexuels par les professionnels de la santé en 1991, ces mauvais traitements étaient inconnus, niés ou mal compris. Aujourd'hui, il est toutefois indéniable que cette forme de violence a des répercussions extrêmement dommageables, car elle représente avant tout un abus de confiance par des personnes ayant justement pour responsabilité primordiale de gagner et de garder la confiance des patientes et des patients qui font appel à leurs services. Le présent rapport final souligne de plus que la façon dont le système traite les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel peut causer autant de tort à ces dernières, sinon davantage, que les mauvais traitements eux-mêmes.

Ceci étant dit, à mon avis, plus importantes encore que les conclusions du groupe d'étude sont ses recommandations visant à remédier à des problèmes qui perdurent : empreintes de bon sens et de respect, leur mise en œuvre me semble tout à fait faisable.

En ma qualité d'actuelle présidente du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, je me réjouis de noter les nombreux parallèles entre le présent rapport du groupe d'étude spécial et une partie des activités du conseil en matière d'éducation des professionnels de la santé et de leur clientèle. Il faut à tout prix éviter de limiter la définition de la santé des femmes à de simples facteurs biologiques, mais au contraire y inclure une série de déterminants sociaux et économiques. Pour pouvoir mener une vie en santé, il faut se savoir à l'abri de la violence et des mauvais traitements d'ordre sexuel, c'est l'évidence même. Nous sommes donc tout à fait en droit de nous attendre à ce qu'il n'y ait aucune forme de violence ni d'abus dans notre système de santé, dont la raison d'être est la protection et la promotion de notre bien-être. En conséquence, la mise en œuvre des recommandations du groupe d'étude devrait mener à l'élaboration tant attendue de programmes complets et efficaces visant la prévention des abus. La recommandation de rendre obligatoire l'affichage d'une charte des droits des patientes et des patients dans tous les locaux où sont dispensés des soins de santé appuie pour sa part l'objectif du Conseil de faire en sorte que les patientes et patients puissent en tout temps avoir accès à des soins et des services de soutien adaptés à leur sexe, ainsi qu'à de l'information s'y rapportant.

En ma qualité d'avocate en exercice, j'appartiens moi aussi, tout comme les médecins et d'autres professionnels de la santé, à une profession autonome. Les débats sur d'éventuels changements à

l'auto-réglementation visant à établir des normes de conduite pour les membres d'une profession autonome sont presque toujours voués à l'échec; à mon sens, le groupe d'étude a bien fait d'éviter cet écueil, tout en s'attachant à rappeler que l'exécution compétente des tâches d'auto-réglementation est à la clef du maintien de l'autonomie des professions. Nous avons intérêt, ici en Ontario, à tirer les leçons de ce qui se passe ailleurs, notamment en Grande-Bretagne. Les médecins en Grande-Bretagne sont en effet passés proche de perdre leur droit d'auto-réglementation, à en croire les dires du directeur général et registrateur du General Medical Council de ce pays, Finlay Scott, lors d'une récente visite en Ontario, qui avouait : [TRADUCTION] « Nous étions si préoccupés par nos procédures que nous en étions venus à perdre de vue notre raison d'être, à savoir protéger les patientes et les patients. » Le plan stratégique du Barreau du Haut-Canada, déposé en juin 2000, prône comme précepte de base la protection du public, précepte que tous les organismes de réglementation feraient bien de faire leur, afin de garantir l'adoption et le maintien de normes telles que le public puisse continuer à faire confiance au système actuel.

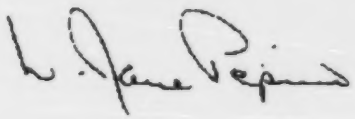
Le groupe d'étude a repéré différentes procédures bien trop lourdes, dénuées d'intérêt, même accablantes pour les victimes. Ayant eu l'occasion de siéger à divers tribunaux disciplinaires constitués aux termes de la ***Loi sur les services policiers*** et d'autres, je me rallie à l'avis du groupe d'étude lorsqu'il recommande, à juste titre me semble-t-il, de se référer aux règles énoncées dans la ***Loi sur l'exercice des compétences légales*** applicables à des institutions non judiciaires telles que les professions autonomes. L'adoption par des organismes administratifs ou quasi-judiciaires chargés de questions disciplinaires de procédures et de règles établies par les cours criminelles s'est hélas avérée non seulement coûteuse, mais néfaste, n'ayant eu pour résultat que de perpétuer le statu quo.

Enfin, en ma qualité de citoyenne et de contribuable de cette province, j'applaudis la recommandation du groupe d'étude visant la création d'un centre d'accès du public, autrement dit la mise sur pied d'un organisme central qui assumerait, pour toutes les professions de la santé réglementées et leurs ordres respectifs, l'ensemble des responsabilités concernant l'information du public, l'éducation et la formation en matière de prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel, de même que l'accueil des plaintes portées contre un professionnel ou une professionnelle de la santé et leur traitement suivant une procédure uniforme. Pareille initiative aurait pour avantage immédiat de mettre fin à l'actuelle duplication des ressources, résultant du fait que chacun des 21 ordres existants tente de faire face à la dynamique complexe

de l'abus sexuel avec ses propres moyens et un savoir-faire inégal. Autrement plus importants que les avantages qu'en tireraient les membres des professions de la santé réglementées et leurs ordres sont ceux qui en découleraient pour les patientes et les patients et pour le public en général : en effet, le personnel dont serait doté pareil organisme central serait spécialement formé à aborder les divers aspects des mauvais traitements d'ordre sexuel et serait en mesure de consacrer toute son attention à la prévention, au dépistage et aux mesures correctives. Je suis convaincue que ce regroupement de personnel hautement qualifié sera un puissant catalyseur pour l'opération des changements qui s'imposent à l'échelle du système. En peu de temps, nous devrions enfin disposer des moyens d'enrayer efficacement un mal face auquel nous étions jusqu'ici restés impuissants, malgré les efforts déployés aussi bien par le gouvernement provincial que par les ordres.

La constatation la plus importante de toutes est toutefois celle-ci : tout ce que le groupe d'étude recommande est faisable, et DANS L'IMMÉDIAT. L'occasion est ainsi donnée à l'Ontario de poursuivre son rôle de chef de file dans ce domaine et de pleinement réaliser l'intention de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***.

La mise en œuvre des recommandations formulées dans ce rapport ne pourra se faire sans grand renfort de volonté. J'en appelle à toutes les personnes qui occupent des positions d'autorité dans les milieux politique, médical, juridique et éducationnel de faire avant tout preuve de cette volonté, afin de garantir, d'une part, à chaque patiente et à chaque patient le droit à une relation sécuritaire et sécurisante avec les membres des professions de la santé et, d'autre part, aux professions de la santé le maintien de la confiance du public grâce à une auto-réglementation efficace.



Onze questions soumises au groupe d'étude

La ministre de la Santé et des Soins de longue durée (« la ministre ») et son Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (« CCRPS ») ont soumis aux membres du groupe d'étude spécial une dizaine de questions cherchant à savoir quelles répercussions avaient sur les patientes et les patients le dépôt d'une plainte pour abus sexuel et la procédure disciplinaire qui s'ensuit. Nous y avons ajouté la onzième question touchant l'éducation et la formation. Au moment de formuler nos conseils et nos recommandations, nous nous sommes efforcés d'accorder une importance particulière à l'information que des patientes et des patients nous ont fournie en réponse à ces 11 questions. Les chapitres 1 et 2 traitent de divers aspects de l'ensemble de ces questions.

CHAPITRE 3

1. Quels changements pourrait-on apporter aux procédures relatives aux plaintes et à la discipline en cas de faute professionnelle d'ordre sexuel afin qu'elles témoignent de plus de respect envers les parties plaignantes et reflètent une plus grande sensibilité à leur situation? (CCRPS)

2. Faudrait-il rendre obligatoire la divulgation écrite par les membres des professions de la santé réglementées du nom de la personne (client ou patient) victime de mauvais traitements d'ordre sexuel? (CCRPS)

CHAPITRE 4

3. Quels effets ont les procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline sur les personnes qui portent plainte pour mauvais traitement d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé? (la ministre)

4. Quel devrait idéalement être le statut de la partie plaignante tout au long des procédures relatives aux plaintes et à la discipline? (la ministre)

CHAPITRE 5

5. Quelles peines ont jusqu'ici été infligées aux membres d'une profession de la santé réglementée qui admettent avoir eu une relation sexuelle avec quelqu'un parmi leur clientèle, mais qui disent qu'elle était consensuelle? (la ministre)

6. Est-ce que les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par des membres des professions de la santé réglementées estiment que les peines infligées à ces derniers par les comités de discipline et les tribunaux sont justes et équitables? (la ministre)

7. Les dispositions prévoyant la révocation obligatoire du certificat d'inscription sont-elles efficaces telles quelles ou faudrait-il au contraire les modifier? (la ministre)

CHAPITRE 6

8. Dans quelles circonstances les ordres ont-ils recours à la possibilité de médiation prévue par leurs procédures relatives aux plaintes et à la discipline dans les cas de plaintes portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel? Les parties plaignantes concernées sont-elles satisfaites du processus de médiation? (la ministre)

9. Quel succès ont eu les parties plaignantes pour ce qui est d'obtenir de l'ordre compétent des fonds pour la thérapie et les consultations? (CCRPS)

CHAPITRE 7

10. Que pourrait-on faire pour mieux informer le public a) de la marche à suivre pour déposer une plainte pour faute professionnelle d'ordre sexuel contre les membres d'une profession de la santé réglementée et b) des procédures des ordres relatives aux plaintes et à la discipline? (CCRPS)

11. En quoi pourrait-on améliorer les activités de formation et d'éducation, afin d'éliminer une fois pour toutes les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et patients par des professionnels de la santé? (le groupe d'étude)

Résumé

RAPPORT FINAL DU GROUPE D'ÉTUDE SPÉCIAL SUR L'ABUS SEXUEL DES PATIENTES ET DES PATIENTS

On m'a si souvent mise en attente et fait passer d'une personne à une autre que dès le départ, j'ai bien des fois failli tout laisser tomber.

NOTRE MANDAT

Notre rapport à l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et au Dr Rob Alder, président du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (« CCRPS ») mis sur pied par la ministre traduit, comme ci-dessus, quantité de propos tenus par des patientes et des patients. En effet, la correspondance adressée par le ministère à la présidente de notre groupe d'étude, Marilou McPhedran, nous demandait de tenir des audiences, tant de façon publique que privée, en vue de recueillir les observations du public, pour ensuite présenter à la ministre des conseils et des recommandations basées sur l'expérience que les membres du public ont faite des procédures relatives aux plaintes et à la discipline que les ordres appliquent lorsqu'un de leurs membres est accusé de faute professionnelle d'ordre sexuel.

Dans nos communiqués et notre propre correspondance nous avons décrit notre mandat comme suit :

[TRADUCTION]
Enquêter de façon indépendante sur ce qu'ont vécu les victimes d'abus sexuels par des membres de professions de la santé réglementées et sur la perception de ce problème par le public en général, de sorte à formuler des conseils et des recommandations à l'intention du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre de l'étude quinquennale de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Il y a neuf ans, nous formions un groupe d'étude que le l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario avait chargé de produire un rapport indépendant sur les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé. La publication de ce rapport a donné lieu à l'adoption du projet de loi 100 qui portait modification de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en tenant compte de certaines de nos recommandations et en établissant de nouvelles procédures et règles relatives à la façon de donner suite à ces mauvais traitements et, mieux, de les prévenir.

Nous avons cette fois-ci eu une échéance plus serrée, un mandat plus vaste et de moindres ressources pour produire notre rapport et de surcroît, nous n'avons pu accéder aux dossiers d'aucun ordre. Les seuls éléments de quelconques dossiers médicaux dont nous avons eu connaissance sont ceux que nous ont communiqué les patientes et les patients. À entendre les témoignages de ces personnes, nous avons eu l'impression que rien n'avait changé au cours des neuf années qui se sont écoulées depuis la publication de notre premier rapport. La réalité est que peu de choses se sont améliorées et que les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel qui cherchent à faire jouer les procédures d'auto-réglementation se heurtent pour ainsi dire toujours aux mêmes difficultés que par le passé.

En tant que groupe d'étude, nous devons situer notre évaluation de ces procédures par rapport à l'intérêt public en rappelant qu'aussi nécessaire que soit l'étude entamée de son côté par le CCRPS, elle est décrite comme étant une « ***étude quinquennale de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ». Or, bon nombre d'ordres disent n'avoir jamais traité de plainte aux termes de cette loi. À l'évidence, même de nos jours, les plaintes contre des professionnels de la santé portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel sont très souvent traitées en application de « l'ancienne » loi, la ***Loi sur les sciences de la santé***, parce que la ou les infractions alléguées ont eu lieu avant l'entrée en vigueur des modifications législatives découlant du projet de loi 100 touchant ces mauvais traitements.

Selon nous, les registrateurs et les membres du personnel des ordres, leurs conseils, leurs comités des plaintes et de la discipline, sans oublier leurs avocates et avocats — qui assument les uns comme les autres une part de responsabilité quant à la qualité des soins fournis par les membres de leur ordre — auraient très bien pu, même sans y être légalement tenus, exercer leur pouvoir discrétionnaire d'appliquer plus souvent les règles établies par la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** aux cas de mauvais traitements d'ordre sexuel survenus depuis 1994.

L'APPLICATION DE LA TOLÉRANCE ZÉRO

Comment se peut-il que des professionnels qui ont prêté serment de servir et de protéger le public en viennent à commettre des abus sexuels à l'endroit de leur clientèle? Un seul cas d'abus sexuel par un professionnel de la santé est honteux, des milliers, cela défie l'entendement, mais pire encore, ce qui laisse pantois, c'est de constater le peu de poursuites entamées contre les coupables et le peu de protection que les ordres offrent au public.

Il faut à tout prix que la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel de patientes et de patients par des professionnels de la santé reste le principe directeur de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de

l'ensemble des politiques et des pratiques visant à éliminer ce type de comportement.

UN TOUR D'HORIZON DES TÉMOIGNAGES RECUEILLIS

Comme ce fut le cas lors de la préparation de notre premier rapport d'enquête en 1991, nous avons appris beaucoup de choses des personnes les mieux placées pour parler de la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel, celles qui ont dû apprendre de première main à surmonter une telle expérience. Nous sommes honorés de la confiance que ces personnes ont placée en nous et nous poursuivrons, individuellement, nos efforts pour amener une plus grande équité dans les procédures des ordres de réglementation des professions de la santé, des universités, du système judiciaire et des autres établissements ou institutions qui si souvent lèsent les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Notre groupe d'étude a reçu plus d'une soixantaine de comptes rendus de mauvais traitements d'ordre sexuel entre février et juillet de cette année, ainsi que quelques-uns portant sur d'autres types d'incidents. Nous avons étés en mesure de communiquer avec 57 personnes qui se plaignaient d'avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel et nous avons rencontré 22 d'entre elles. Dans environ 80 p. 100 des 57 comptes rendus que nous avons pu vérifier (46 plus exactement), la victime était du sexe féminin, alors que dans 20 p. 100 des cas (11 comptes rendus), la victime était du sexe masculin. Près de 9 p. 100 des comptes rendus portaient sur des abus sexuels commis par des femmes membres d'une profession de la santé. Trois hommes et deux femmes disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une professionnelle de la santé. L'un des comptes rendus que nous avons reçus nous est venu des parents d'une jeune victime paralysée n'ayant pas l'usage de la parole. Nous avons aussi entendu le témoignage d'une orthophoniste, qui nous dit que plusieurs personnes parmi sa clientèle ont été victimes d'exploitation sexuelle par des professionnels de la santé vis-à-vis desquels elles avaient un lien de dépendance. Bien que nous n'ayons pas demandé à connaître ce type d'information, plusieurs personnes ont fait savoir dans leur compte renduqu'elles appartenaient à un groupe minoritaire de notre société. Enfin cinq personnes ont dit avoir eu moins de 14 ans à l'époque où elles ont subi les mauvais traitements qu'elles relataient.

Nous ne disposions ni du temps, ni de l'argent requis pour procéder à un rassemblement de données à l'échelle de notre grande province. Il faut avouer que si tel ou tel cas isolé n'avait pas continué de faire la manchette des journaux, le débat sur les mauvais traitements d'ordre sexuel dans le milieu de la santé se

serait lentement étouffé. Nul ne saurait contester qu'il est dans l'intérêt public que le gouvernement et les ordres répondent de l'efficacité de leurs systèmes de réglementation, mais les ressources disponibles pour veiller à ce qu'il en soit bien ainsi sont plutôt limitées. À l'heure actuelle, les victimes et les personnes qui défendent leur cause n'ont, par opposition au gouvernement et aux ordres, pas les moyens financiers nécessaires pour contrer de la façon la moindrement coordonnée les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients aux mains des professionnels de la santé.

Nous avons dans l'ensemble, et c'est normal, besoin de croire que les membres des professions de la santé sont sages, fiables et dignes de confiance, malgré la réalisation qu'il existe dans leurs rangs des personnes qui n'ont aucune de ces caractéristiques. Nous préférons bien souvent, comme la plupart de nos concitoyens et concitoyennes, nous leurrer à croire que les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients sont un problème qui n'existe qu'ailleurs et qui ne nous concerne guère.

QUI ENTRE DANS LES STATISTIQUES?

Les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par une personne membre d'une profession de la santé représentent un faible pourcentage des patientes et des patients en Ontario, mais leur nombre est très significatif. Pareillement, les professionnels de la santé qui abusent de la confiance de leur clientèle et leur font subir des mauvais traitements d'ordre sexuel sont une minorité au sein de leurs professions respectives. Néanmoins, l'abus sexuel des patientes et des patients est un problème ayant de profondes ramifications en Ontario. Notre province compte une population de 10 millions de personnes. Si l'on suppose qu'environ 8 millions de personnes étaient représentées dans l'enquête récemment commanditée par le CCRPS (voir le chapitre 2 du présent rapport) car les enfants en étaient exclus, il n'est en rien exagéré, eu égard au nombre d'incidents qui n'ont sans doute jamais été déclarés, d'estimer à plus de 200 000 le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ayant subi des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé dans les cinq années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.***

Nous avons appris du CCRPS en août dernier, dans une lettre que nous adressait son président, que [TRADUCTION] « d'après l'enquête en question, un pour cent des répondantes et des répondants ont, entre 1994 et 1999, fait l'expérience d'un contact ou d'un attouchement d'ordre sexuel par une personne membre d'une profession de la santé et deux pour cent ont été la cible d'un

comportement inconvenant ou de remarques déplacées – chiffres inférieurs aux taux publiés dans le rapport de 1991 pour les femmes seulement ». Nous tenons à formuler une mise en garde contre toute conclusion trop hâtive concernant la baisse du taux d'abus sexuels des patientes et des patients par les professionnels de la santé, toutes catégories confondues, basée sur ladite enquête du CCRPS.

La nature même des mauvais traitements d'ordre sexuel complique les efforts requis pour les dévoiler et les enrayer : nous devons en tant que société nous rendre à cette évidence au moment de concevoir ou d'évaluer des mécanismes allant dans ce sens.

Au vu des données disponibles, la conclusion s'impose que les mauvais traitements d'ordre sexuel par les professionnels de la santé restent un important problème pour la sécurité publique, surtout si l'on considère qu'abus sexuel signifie abus de confiance et que l'impact d'un tel abus est des plus profonds. Nous ne pouvons plus nier la gravité ni le caractère généralisé des mauvais traitements d'ordre sexuel, et encore moins l'insuffisance des moyens que nous leur opposons.

La nécessité d'une charte des droits des patientes et des patients en Ontario

Les ordres ne semblent déclencher leurs procédures relatives aux plaintes et à la discipline que lorsqu'ils y sont légalement forcés et entre temps, la victime qui dépose une plainte est prise pour attendre sans autre recours.

Les patientes ou patients qui déposent une plainte risquent de devenir des pions dans un processus compliqué et coûteux, en ce sens que des juristes et d'autres professionnels sont payés pour faire des démarches qui n'accordent pas la moindre priorité aux besoins des parties plaignantes. Beaucoup de personnes ont non seulement de la difficulté à porter plainte, mais leur difficulté est souvent accrue par leur situation personnelle et leur qualité de victime. Si l'on veut que les lois telles que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ou la ***Loi sur les hôpitaux publics*** régissant les membres des professions de la santé réglementées et les établissements qui offrent des soins de santé en Ontario soient efficaces et protègent véritablement l'intérêt public, leur modification s'impose de sorte à obliger l'ensemble de ces professionnels et de ces établissements à afficher, partout où ils accueillent leur clientèle, une charte des droits des patientes et des patients et les coordonnées à jour des personnes à contacter en cas de problème.

J'estime que l'ordre s'est servi de son mandat législatif et de ses politiques pour donner l'illusion d'œuvrer dans l'intérêt public et d'apporter aux victimes le soutien et l'assistance dont elles ont tant besoin. En fait, il a non seulement plusieurs fois laissé passer des délais pour agir établis par la loi et par ses politiques internes, mais il a manqué à d'autres engagements pris envers les victimes.

UN NOUVEAU MODÈLE D'AUTO-RÉGLEMENTATION

Les considérations primordiales qui sous-tendent toutes nos recommandations sont la sécurité publique et l'équité. Nous préconisons l'ajout à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** de dispositions prévoyant la création d'un nouvel organisme central, un « centre d'accès du public », en réponse aux observations que nous avons reçues des patientes et patients, des personnes qui défendent leur cause, des ordres et du CCRPS lui-même. Nous n'avons pas l'ombre d'un doute que le maintien du statu quo ne ferait rien pour améliorer l'auto-réglementation ni pour servir l'intérêt public. À notre avis, la seule façon de préserver les pouvoirs d'auto-réglementation avec crédibilité est de mettre fin à la situation actuelle, à savoir que 21 ordres différents — dont certains n'ont aucune expérience préalable avec cet aspect de leur mandat — représentent le premier point de contact avec les services d'accueil, de soutien et autres pour les personnes voulant porter plainte contre un professionnel ou une professionnelle de la santé pour mauvais traitements d'ordre sexuel. Selon nous, le centre d'accès du public devrait être chargé d'accueillir les plaintes, de mener une enquête pour confirmer leur fondement, puis de décider si oui ou non elles devraient faire l'objet d'une audience disciplinaire. Il n'y aurait plus, comme aujourd'hui, de comités des plaintes au sein des ordres, composés seulement de membres des conseils de ces derniers. Par ailleurs, le centre d'accès du public devrait à notre avis être chargé des enquêtes préliminaires sur les plaintes concernant des mauvais traitements d'ordre sexuel, de même que de la constitution des comités des plaintes, laquelle se ferait à partir d'un choix bien plus important de personnes aux compétences variées tirées du public ou des professions de la santé que celui dont disposent les ordres individuellement. Une fois qu'un comité des plaintes aura conclu qu'une plainte devrait faire l'objet d'une audience disciplinaire, le membre accusé sera jugé, essentiellement comme c'est le cas présentement, par le comité de discipline de son ordre, qui sera formé de ses pairs et de citoyens ou citoyennes ordinaires, et donc conformément au principe fondamental de l'auto-réglementation.

Il ressort clairement de nos discussions que le personnel de certains ordres de réglementation, même s'il saisit bien la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel, ne mesure pas à leur juste valeur le rapport de force déséquilibré caractéristique de ces situations, ni l'étendue du préjudice que peuvent subir les victimes de ces traitements. Il ressort tout aussi clairement de l'intense indignation et de la colère exprimées par les victimes qui portent plainte que le personnel de certains ordres — parfois même leur registrateur — n'affiche pas toujours les compétences ni la

compassion nécessaires pour aider ces personnes à faire face à ce qui leur est arrivé.

Le centre d'accès du public dont nous recommandons la création serait mieux équipé pour organiser de façon prioritaire, de concert avec les ordres, des activités d'éducation et de formation cohérentes et adaptées au problème. Il convient noter que depuis plus de cinq ans, les ordres sont déjà censés assurer l'éducation et la formation de leurs membres. En effet, la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prescrit la mise sur pied par les ordres de comités des relations avec les patientes et les patients chargés de prendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et des patients, ou à traiter de ceux-ci. La loi précise que ces mesures doivent porter sur les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres, les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patientes et leurs patients, la formation à donner au personnel de l'ordre, et enfin, la communication de renseignements au public.

Nous avons malheureusement constaté que les ordres ne se conforment pas tous à cette obligation légale. Au sein de l'un des ordres comptant le plus grand nombre de membres, le comité des relations avec les patientes et les patients n'a pleinement assumé ses fonctions que l'an dernier. Nous préconisons que les comités des relations avec les patientes et les patients restent chargés, au sein de chaque ordre, de faciliter la contribution efficace du personnel de l'ordre à l'exécution des fonctions qu'assumera le centre d'accès du public, à savoir l'éducation et la formation, l'accueil du public et enfin l'enquête sur les plaintes et leur traitement, y compris les fonctions présentement assumées par les comités des plaintes.

LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

Le groupe d'étude préconise la mise en place de deux nouveaux mécanismes garants de la mise en œuvre de ses recommandations et plus exactement la création, d'une part, d'un centre d'accès du public commun à toutes les professions de la santé réglementées, et d'autre part, d'une équipe de surveillance du CCRPS. Nous préconisons par ailleurs que le centre d'accès du public et l'équipe de surveillance du CCRPS résultent d'une action concertée et qu'il leur soit attribué des responsabilités claires envers le public, y compris la publication de rapports annuels. Nous sommes expressément opposés à l'instauration de tout nouveau mécanisme qui relèverait uniquement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il nous semble en effet indispensable que les modifications apportées au système d'auto-réglementation soient transparentes

et soumises aux contrôles et compensations qui vont automatiquement de pair avec un partage des responsabilités, et ce dans l'intérêt de l'équité et de la sécurité du public.

Conformément aux dispositions actuelles de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, la personne avisée par un ordre que sa plainte a été rejetée à l'issue de l'enquête préliminaire ne peut porter cette décision de l'ordre en appel devant aucun tribunal, contrairement à ce que peuvent faire les professionnels de la santé. Le seul recours dont les plaignantes et les plaignants disposent à l'heure actuelle, et ce pendant 30 jours, est de porter la décision en appel devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé. Quelques personnes parmi les patientes et les patients avec lesquels nous avons communiqué nous ont bien dit que la Commission jouait un rôle très utile pour contrer l'inaction des ordres, mais la plupart du temps, nous avons entendu dire que l'accueil et les lenteurs de la Commission manquaient de respect aux patientes ou aux patients et de sensibilité à leur situation. Il importe d'allouer à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé les ressources nécessaires pour lui permettre de traiter toutes les plaintes en attente et de veiller à ce qu'elle collabore étroitement avec le nouveau centre d'accès du public et l'équipe de surveillance du CCRPS, afin de s'acquitter pleinement de son mandat.

Aux chapitres 3 et 4, nous reviendrons plus en détail sur l'urgente nécessité de modifier la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en vue de reconnaître les patientes et les patients comme parties à part entière aux procédures relatives aux plaintes et à la discipline. Le gouvernement de l'Ontario assume une part des frais de représentation par avocat qu'encourent les médecins, il devrait en faire de même pour leur clientèle.

ONZE QUESTIONS ET RÉPONSES

Le présent résumé du rapport est précédé d'une section où sont énumérées onze questions. La ministre et son conseil consultatif, le CCRPS, nous avaient soumis 10 questions portant sur les effets que les procédures relatives aux plaintes et à la discipline pouvaient avoir sur les patientes et les patients. Ces 10 questions abordent des sujets aussi divers que la confidentialité, les règles appliquées lors des audiences des comités de discipline en matière de procédure et de preuve, les peines imposées aux professionnels reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel, et notamment la révocation obligatoire de leur certificat d'inscription à leur ordre, le recours à la médiation et au règlement des différends à l'amiable dans des cas d'abus sexuels, la possibilité pour les victimes d'accéder à des fonds pour la thérapie ou encore l'accès à l'information. Nous avons ajouté à cela la

dernière question portant sur l'éducation et la formation. Au moment de formuler nos conseils et nos recommandations, nous nous sommes efforcés d'accorder une importance particulière à l'information que des patientes et des patients nous ont fournie en réponse à ces 11 questions. Le texte intégral de nos 34 recommandations débute à la page suivante.

CONCLUSION

L'Ontario est reconnu, à juste titre, comme un chef de file international dans ce domaine des plus complexes. Des progrès ont été accomplis au cours des neuf dernières années, mais quantité de patientes et de patients victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé n'ont toujours pas obtenu de réparation équitable. Les recommandations mises de l'avant dans le présent rapport visent une redistribution des ressources par l'adoption d'un modèle coopératif et efficace d'auto-réglementation des professionnels de la santé davantage axé sur les patientes et les patients, et ce en vue d'appliquer la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé. L'application de cette tolérance zéro est à l'avantage tant des patientes et des patients que des professionnels de la santé, car elle sera garante d'une auto-réglementation efficace et donc digne de la confiance du public.

Recommandations

CHAPITRE 1 – À L'ÉCOUTE DES PATIENTES ET DES PATIENTS

L'ADOPTION D'UNE CHARTE DES DROITS DES PATIENTES ET DES PATIENTS

RECOMMANDATION 1

1.0 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, suite à des consultations, notamment avec des groupes de défense des intérêts des patientes et des patients et avec les ordres de réglementation des professions de la santé, élabore sans tarder une charte des droits des patientes et des patients, modifie la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en vue de l'y intégrer, et assure sa diffusion à grande échelle par l'intermédiaire de ses propres réseaux d'information du public, de ceux du gouvernement de l'Ontario en général et de ceux des ordres. La charte des droits des patientes et des patients devrait reproduire la définition de « mauvais traitements d'ordre sexuel » établie en annexe 2 de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, contenir le numéro d'un service de renseignements sans frais d'interurbain et expliquer de façon claire et précise comment, en cas de mauvais traitements de cette nature, déposer plainte auprès du centre d'accès du public, dont nous recommandons la création immédiate.

Les membres des professions de la santé réglementées devraient être légalement tenus de voir à ce que la charte des droits des patientes et des patients soit affichée dans tous les locaux où leurs services sont offerts, y compris dans les établissements qui les emploient, le cas échéant. L'enlèvement de la charte des droits des patientes et des patients ou le défaut de l'afficher devrait être passible d'une peine en vertu de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, peine qu'il appartiendrait à l'ordre compétent d'imposer.

1.1 Que les lois et règlements régissant les professionnels de la santé et les établissements de santé en Ontario, notamment la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** et la ***Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario,*** soient modifiés par l'ajout d'une disposition obligeant tous les membres des professions de la santé réglementées, de même que les administratrices ou les administrateurs en chef des établissements de santé, à afficher bien en vue la charte des droits des patientes et des patients, de même que des renseignements à jour sur les personnes à contacter en cas de problème, partout où des professionnels assurent des soins de santé.

CHAPITRE 2 – LES DEUX PRIORITÉS : LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET L'ÉQUITÉ

L'APPLICATION DE LA TOLÉRANCE ZÉRO

RECOMMANDATION 2

2 Que la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel de patientes et de patients par des professionnels de la santé reste le principe directeur absolu de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'ensemble des politiques et des pratiques visant à éliminer ce type de comportement.

La ministre de la Santé et des Soins de longue durée, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario, les ordres individuels et les établissements de santé devraient par ailleurs suivre l'exemple de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comme de la Ontario Hospital Association et appliquer officiellement la tolérance zéro face aux mauvais traitements d'ordre sexuel lors de l'élaboration de leurs politiques et de leurs procédures d'auto-réglementation visant à protéger le public. Les études de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** devraient tout particulièrement évaluer la mise en œuvre de cette nouvelle norme de protection du public.

LE NOUVEAU CENTRE D'ACCÈS DU PUBLIC

RECOMMANDATION 3

3 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant la création d'un organisme de service central, un centre unique qui pourrait, d'une part, renseigner le public sur toutes les professions de la santé réglementées et, d'autre part, aider les ordres compétents à traiter les plaintes relatives à des mauvais traitements d'ordre sexuel en assumant les responsabilités suivantes :

a) accueillir les plaintes des patientes et des patients aux termes de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** mener une enquête pour confirmer leur fondement, puis décider si oui ou non elles devraient faire l'objet d'une audition par un sous-comité d'un comité de discipline tel que prévu par la loi;

b) traiter promptement les plaintes relatives à des mauvais traitements d'ordre sexuel, à plus forte raison si des poursuites au civil ou au criminel ont également été entamées contre le professionnel ou la professionnelle de la santé visé par la plainte;

c) assurer l'information des patientes et des patients et d'autres membres du public, et notamment leur donner accès à une base de données provinciale des plaintes déposées et des poursuites

pour mauvais traitements d'ordre sexuel entamées contre des membres des professions de la santé réglementées en Ontario, avec des possibilités de liens vers des données nationales et internationales;

d) offrir des services de soutien et d'intervention aux patientes et patients qui disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une personne membre d'une profession de la santé, réglementée ou non, en Ontario, et notamment apporter un soutien financier aux personnes et aux groupes qui défendent leur cause;

e) organiser, en collaboration avec des ordres de réglementation des professions de la santé, des établissements d'études post-secondaires et des groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, des programmes, tant dans le contexte de la formation préprofessionnelle que de l'éducation permanente, visant à éliminer les mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé;

f) mettre sur pied une formation préalable obligatoire pour les membres des conseils des ordres appelés à statuer sur des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel faisant l'objet d'une audience disciplinaire;

g) offrir aux membres du personnel des ordres, et notamment au personnel de leurs services juridiques, mais aussi aux avocates et avocats externes dont les ordres retiennent les services, des séances de sensibilisation à la dynamique et à l'impact des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé, de sorte à garantir l'application de critères d'embauche et de normes d'exécution uniformes au personnel des ordres devant s'occuper des questions de mauvais traitements d'ordre sexuel.

LA PUBLICATION DE RAPPORTS ANNUELS PAR LES ORDRES ET LE CCRPS

RECOMMANDATION 4

4.0 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** à l'effet que chaque ordre soit tenu de présenter à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée un rapport annuel, pour publication générale, faisant état de toutes les plaintes pour mauvais traitement d'ordre sexuel portées contre ses membres ou anciens membres dans le courant de l'année, y compris un rappel succinct des mesures disciplinaires prises par l'ordre à leur égard, le cas échéant, et dans quels délais.

4.1 Que l'équipe de surveillance du CCRPS, dont la création fait l'objet de la recommandation 7, décide du format de ce rapport annuel, en consultation avec les groupes de défense des intérêts

des patientes et des patients, les ordres et le centre d'accès du public. Ce rapport annuel devrait contenir les données suivantes :

a) le nombre de plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel reçues durant l'année civile;

b) la date de dépôt de chaque plainte;

c) une description de la plainte, de même que les décisions prises à son égard, avec leurs dates;

d) la décision rendue par le comité de discipline, y compris toute peine imposée, le cas échéant;

e) la date d'interjection d'un appel, le cas échéant, et l'issue de l'appel;

f) toute autre plainte relative aux dispositions de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** visant à mettre un terme aux mauvais traitements d'ordre sexuel envers les patientes et les patients, par exemple celle prescrivant l'affichage de la charte des droits des patientes et des patients dans tous les locaux où des membres des professions de la santé réglementées offrent leurs services;

g) une explication de la durée de traitement de chaque plainte et de la procédure suivie à son égard, de même que des précisions sur la possibilité ou non de connaître l'identité du professionnel ou de la professionnelle de la santé visé par la plainte, dans l'éventualité où la plainte n'aurait pas fait l'objet d'une audience du comité de discipline;

h) des détails précis concernant les amendes ou peines imposées conformément au Code des professions de la santé (« le ***Code*** »).

RECOMMANDATION 5

5 Que suite à toute décision quant au bien-fondé d'une plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel et au règlement de celle-ci, l'ordre compétent veille à ce qu'un questionnaire d'évaluation, accompagné d'une enveloppe-réponse adressée à l'équipe de surveillance du CCRPS, soit envoyé à chaque patiente ou patient ayant pris part à la procédure.

RECOMMANDATION 6

6 Que l'équipe de surveillance du CCRPS soit tenue de présenter à ce dernier et à la ministre un rapport annuel, pour publication générale, comprenant, d'une part, un sommaire détaillé des réponses fournies par les patientes et les patients sur le questionnaire d'évaluation visé à la recommandation 5 et, d'autre

part, des suggestions quant à la façon de rendre les procédures plus efficaces pour mieux servir l'intérêt public.

CHAPITRE 3 – L'AUTO-RÉGLEMENTATION AU SERVICE DE L'INTÉRÊT PUBLIC

LA NOUVELLE ÉQUIPE DE SURVEILLANCE DU CCRPS, CATALYSEUR DU CHANGEMENT

RECOMMANDATION 7

7 Que le CCRPS se dote d'une « équipe de surveillance », dont il désignera le président ou la présidente, et que cette équipe soit chargée de surveiller et de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives destinées à faire face aux mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé, y compris celles découlant des recommandations formulées dans le présent rapport.

L'équipe de surveillance, dont les membres seraient désignés pour une durée renouvelable de cinq ans, devrait être composée de plusieurs personnes occupant un poste équivalent ou supérieur à celui de directeur au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'une personne au moins ayant siégé au groupe d'étude spécial, d'une dirigeante ou d'un dirigeant, sinon plusieurs, du centre d'accès du public et enfin de deux autres personnes, l'une ou l'autre, voire les deux, étant une survivante ou un survivant ou encore quelqu'un qui se consacre à la prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé ou au soutien des victimes. La rémunération de ces personnes devrait être au moins équivalente à celle offerte aux membres du CCRPS.

RECOMMANDATION 8

8 Qu'au cours de son premier mandat quinquennal, l'équipe de surveillance du CCRPS fasse faire une étude empirique visant à établir combien de rapports obligatoires les ordres ont reçus depuis 1999, ce qu'ils ont fait à réception de ces rapports, si les professionnels visés dans ces rapports ont fait l'objet de plaintes ou de rapports ultérieurs et quelles mesures ont été prises dans chaque cas.

Cette étude devrait aussi fournir des détails sur les meilleures pratiques adoptées par divers ordres en Ontario et ailleurs, en particulier à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, de même que des recommandations quant à la manière de mieux répondre aux plaintes des patientes et des patients, dans l'intérêt de la sécurité publique.

L'IDENTIFICATION DES PATIENTES ET DES PATIENTS

RECOMMANDATION 9

9 Que la protection offerte par le paragraphe 85.3(4) du ***Code*** soit à tout prix maintenue, afin de garantir qu'aucun rapport portant sur l'inconduite d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé ne dévoile jamais le nom de la patiente ou du patient qui s'en est plaint sans le consentement explicite, par écrit, de la patiente ou du patient en question.

L'OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT SANS TARDER

RECOMMANDATION 10

10 Qu'une modification soit apportée au paragraphe 85.3(2) du ***Code*** à l'effet que les rapports obligatoires soient effectués immédiatement, et non en l'espace de 30 jours.

Le centre d'accès du public devrait par ailleurs prendre connaissance de ces rapports sans tarder et mener une enquête si une personne membre d'une profession de la santé réglementée fait l'objet de deux rapports distincts ou si un rapport contient des données pouvant raisonnablement donner à penser que le ou la professionnelle qui en est l'objet risque d'infliger des mauvais traitements à d'autres patientes ou patients.

L'IMPOSITION D'UNE AMENDE POUR DÉFAUT DE FAIRE RAPPORT

RECOMMANDATION 11

11 Que les ordres imposent obligatoirement l'amende d'au plus 25 000 $ prévue au paragraphe 93(4) du ***Code*** aux professionnels de la santé qui ont connaissance d'un cas de mauvais traitements d'ordre sexuel par quelqu'un ou quelqu'une de leurs collègues, mais qui omettent d'en faire le rapport contrairement à ce qui est prescrit.

LA COMMISSION D'APPEL ET DE RÉVISION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

RECOMMANDATION 12

12 Que le ***Code*** soit modifié par l'ajout d'une disposition exigeant de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé qu'elle statue sur une décision rendue par un sous-comité du comité des plaintes dans les 120 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été soumise pour examen.

LES RÈGLES DE PREUVE LORS DES AUDIENCES DISCIPLINAIRES

RECOMMANDATION 13

13 Que l'article 49 du ***Code*** soit abrogé et qu'une nouvelle disposition y soit substituée précisant que les règles de preuve s'appliquant aux audiences du comité des plaintes constitué par le centre d'accès du public et aux audiences disciplinaires des ordres soient celles établies dans la ***Loi sur l'exercice des compétences légales***.

RECOMMANDATION 14

14 Qu'une modification soit apportée au paragraphe 36 (3) de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** à l'effet que les conclusions, les ordonnances ou les décisions issues d'une procédure disciplinaire conforme à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** soient recevables en preuve dans les instances civiles.

LES AMENDES ET LE FINANCEMENT DE LA THÉRAPIE

RECOMMANDATION 15

15.0 Que des modifications soient apportées aux lois, règlements et règles en vigueur en Ontario de sorte à garantir que le montant de toute amende imposée à un professionnel ou une professionnelle de la santé soit mis de côté dans un fonds géré par le centre d'accès du public.

Ce fonds devrait servir à financer des services de soutien, y compris de la thérapie ou des consultations, pour les patientes et les patients admissibles qui ont subi des mauvais traitements d'ordre sexuel.

15.1 Que des modifications soient apportées aux paragraphes 85.7 (4) et (10) du ***Code*** de sorte que des fonds puissent être alloués de façon provisoire à une patiente ou à un patient avant l'audition de sa plainte lorsque le centre d'accès du public juge bon de le faire.

CHAPITRE 4 – LES EFFETS DES PROCÉDURES DES ORDRES SUR LES PATIENTES ET LES PATIENTS

LE SOUTIEN AUX PARTIES PLAIGNANTES ET LEUR STATUT LORS DES AUDIENCES

RECOMMANDATION 16

16 Que le ***Code*** soit modifié par l'ajout de dispositions applicables dans les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel prévoyant :

a) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de participer à toutes les procédures relatives à leurs plaintes, y compris les audiences disciplinaires, en qualité de partie à part entière;

b) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de se faire accompagner à toutes les étapes de l'enquête, de la procédure relative aux plaintes et des audiences disciplinaires par la personne de soutien de leur choix, aux frais du centre d'accès du public et des ordres;

c) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de témoigner derrière un écran, à l'aide de la télévision en circuit fermé ou d'un dispositif semblable qui les empêche de voir la partie adverse, s'il y a lieu de penser que cela pourrait les aider à donner un témoignage plus complet et plus précis ou que ce serait dans leur intérêt véritable;

d) que les plaignantes et les plaignants aient le droit conformément aux dispositions actuelles de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, si la personne faisant l'objet de leur plainte est reconnue coupable, de présenter des observations au tribunal au moyen d'une déclaration de la victime, sans devoir ensuite subir de contre-interrogatoire au sujet de cette déclaration, dont il sera tenu compte dans la détermination de la peine ou des mesures correctrices applicables;[15]

e) qu'une magnétoscopie de l'entrevue avec la plaignante ou le plaignant soit admissible en preuve si la plaignante ou le plaignant, durant son témoignage, reconnaît sa validité;

f) que le professionnel ou la professionnelle accusé de mauvais traitements d'ordre sexuel ne puisse en aucun cas personnellement contre-interroger la plaignante ou le plaignant.

LES TÉMOINS EXPERTS

RECOMMANDATION 17

17 Que le centre d'accès du public et les ordres mettent au point des critères de sélection des expertes ou experts appelés à présenter des preuves dans le cadre de procédures de traitement des plaintes, de procédures disciplinaires ou de procédures de réintégration des membres, afin de garantir que ces personnes possèdent bien les compétences nécessaires pour tenir compte de la dynamique et de l'impact des mauvais traitements d'ordre sexuel d'une patiente ou d'un patient par un professionnel ou une professionnelle de la santé.

L'ACCÉLÉRATION DES PROCÉDURES DISCIPLINAIRES

RECOMMANDATION 18

18 Que les ordres veillent à ce que leurs comités de discipline traitent en priorité et de façon accélérée les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un professionnel ou une professionnelle de la santé.

CHAPITRE 5 – LES MESURES DISSUASIVES ET PUNITIVES

LES LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX CONTACTS D'ORDRE SEXUEL

RECOMMANDATION 19

19 Que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** qui interdit déjà tout contact d'ordre sexuel entre les membres des professions de la santé et leurs patientes ou patients, soit modifiée par l'ajout d'un énoncé bien clair des limites à ne pas franchir en matière de contacts d'ordre sexuel entre les membres des professions de la santé et leurs anciennes patientes ou anciens patients, à savoir :

a) qu'aucun membre d'une profession de la santé réglementée ne doit avoir de contact d'ordre sexuel avec une ancienne patiente ou un ancien patient pendant deux ans après la date de leur dernier contact professionnel, que le membre ou la membre ait ou non mis officiellement fin à sa relation professionnelle avec cette personne, étant entendu qu'aucun contact d'ordre sexuel ne doit jamais avoir lieu entre eux dans les circonstances où l'ancien patient ou l'ancienne patiente :

i) était une personne mineure durant sa relation professionnelle avec le ou la membre;

ii) était une personne atteinte d'un trouble de jugement durant sa relation professionnelle avec le ou la membre;

b) qu'aucun membre d'une profession de la santé réglementée ne doit jamais avoir de contact sexuel avec une ancienne patiente ou un ancien patient avec qui il ou elle avait une relation professionnelle de nature psychothérapeutique.

LES PEINES CONFORMES À LA TOLÉRANCE ZÉRO

RECOMMANDATION 20

20 Que le ***Code*** soit modifié de sorte que les peines infligées aux membres d'une profession de la santé réglementée reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient reflètent la tolérance zéro à cet égard et qu'elles aient un effet dissuasif suffisant pour assurer la protection du public.

À cette fin, les modifications apportées au ***Code*** devraient établir les principes directeurs ci-après pour la détermination des peines :

a) dissuader spécifiquement le membre ou la membre en question de jamais répéter sa faute professionnelle d'ordre sexuel;

b) dissuader les membres de la profession en général de transgresser les règles de bonne conduite vis-à-vis des patientes et des patients;

c) confirmer que les mauvais traitements d'ordre sexuel sont un comportement qui n'est pas toléré dans notre société;

d) renforcer la confiance du public dans la capacité de chaque profession de superviser comme il se doit la conduite de ses membres.

LA RÉVOCATION OBLIGATOIRE DU CERTIFICAT D'INSCRIPTION EN CAS D'INCONDUITE D'ORDRE SEXUEL RÉPÉTÉE

RECOMMANDATION 21

21 Que le ***Code*** soit modifié de sorte que les membres ayant de façon répétée commis les incorrections ou les transgressions sexuelles visées aux alinéas 1(3) b) ou c) du ***Code*** soient obligatoirement passibles de la révocation de leur certificat d'inscription pour la durée que déterminera le sous-comité du comité de discipline qui les aura reconnus coupables.

CHAPITRE 6 – LES SERVICES DE SOUTIEN, DE THÉRAPIE ET DE MÉDIATION

L'ÉLARGISSEMENT DU FINANCEMENT DE LA THÉRAPIE

RECOMMANDATION 22

22 Que soit pris un règlement en application de l'article 85.7 du ***Code*** afin de préciser que les fonds alloués par les ordres aux personnes qui ont porté plainte contre quelqu'un parmi leurs membres pour mauvais traitements d'ordre sexuel en vue de leur permettre de suivre une thérapie liée à ces mauvais traitements peuvent aussi couvrir le coût des médicaments, des services de garde d'enfant, de même qu'un montant raisonnable des frais de déplacement et d'hébergement associés à cette thérapie.

RECOMMANDATION 23

23 Que le ***Code*** soit modifié par l'ajout, d'une part, d'une disposition prévoyant la possibilité d'un financement rétroactif de la thérapie, autrement dit du remboursement de la thérapie qu'une personne qui a porté plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé a suivi avant l'audition de sa plainte et, d'autre part, d'une disposition garantissant que les sommes versées à titre d'amende par des professionnels de la santé reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel soient consacrées au financement de la thérapie des victimes de ce type de traitements.

RECOMMANDATION 24

24 Qu'un règlement pris en application de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** précise qu'une personne qui, lorsqu'elle était une patiente ou un patient, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé, peut aussi être admissible à un financement de sa thérapie ou de ses consultations liées à ces mauvais traitements si l'une des conditions suivantes est remplie :

a) un professionnel ou une professionnelle de la santé admet dans une déclaration faite à l'ordre qui réglemente sa profession qu'il ou elle a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à la personne en question lorsqu'elle était sa patiente ou son patient;

b) le professionnel ou la professionnelle de la santé a été reconnu coupable aux termes du ***Code criminel*** du Canada d'agression sexuelle envers une personne lorsque celle-ci était sa patiente ou son patient;

c) le centre d'accès du public ou tout autre organisme chargé de rendre une décision à cet égard estime que la preuve présentée est suffisante pour laisser raisonnablement penser que la personne a effectivement subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé.

L'EXCLUSION DE LA MÉDIATION ET D'AUTRES FORMES DE RÈGLEMENT À L'AMIABLE

RECOMMANDATION 25

25 Qu'une modification soit apportée au ***Code*** afin d'y préciser qu'il est exclu de recourir à la médiation ou de tenter toute autre forme de règlement à l'amiable à l'égard des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel.

CHAPITRE 7 – L'INFORMATION, L'ÉDUCATION ET LA FORMATION

L'INFORMATION FIGURANT DANS LES DOSSIERS PUBLICS DES ORDRES

RECOMMANDATION 26

26 Qu'une modification soit apportée à la disposition 23(3) 3.1 du ***Code*** à l'effet, d'une part, que le tableau d'un ordre doit inclure l'issue des procédures disciplinaires au cours desquelles il a été conclu qu'une personne membre d'une profession de la santé réglementée a infligé à une patiente ou à un patient des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens de l'alinéa 1(3) c) du ***Code*** [comportements ou remarques], au même titre que celles où il aurait été conclu qu'elle s'est rendue coupable dans les mêmes circonstances de mauvais traitements d'ordre sexuel au sens des alinéas 1(3) a) [rapports physiques d'ordre sexuel] et b) [attouchements d'ordre sexuel] et, d'autre part, que le personnel de l'ordre est obligé de communiquer la nature d'une plainte à toute personne qui demande à en être informée.

RECOMMANDATION 27

27 Que le paragraphe 23(2) du ***Code*** soit modifié de sorte à garantir que soient ajoutés aux tableaux des ordres des renseignements relatifs aux conditions, notamment la participation à un programme de sensibilisation ou autre, imposées aux membres ayant fait l'objet d'une plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient, de même que des indications quant au respect de ces conditions.

RECOMMANDATION 28

28 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant que les ordres soient tenus de publier et de conserver dans un registre public toutes les décisions prises par des sous-comités de leur comité de discipline ou autrement à l'issue des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel qu'ils ont eues à traiter, y compris les décisions de suspendre un certificat d'inscription et les décisions prises par des membres de démissionner de l'ordre.

RECOMMANDATION 29

29.0 Que les personnes demandant la délivrance ou la remise en vigueur d'un certificat d'inscription à un ordre aux termes de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** soient tenues de fournir une attestation de bonne moralité, y compris des déclarations sous serment portant sur d'éventuelles inculpations et condamnations pour infractions criminelles, sur les conclusions de tout tribunal civil chargé de décider un procès touchant des questions de harcèlement ou d'abus sexuel auquel elles ont pu

être parties, de même que les motifs cités en cas de démission ou de suspension, si elles ont déjà donné leur démission d'une profession de la santé quelconque ou fait l'objet d'une suspension par un ordre ou un autre organisme de réglementation d'une profession de la santé en Ontario ou ailleurs.

29.1 Que les demandes de remise en vigueur d'un certificat d'inscription fassent mention de toute condition dont l'ordre a assorti pareille remise en vigueur, le cas échéant, et qu'elles soient accompagnées de la preuve que l'auteur de la demande a bien rempli ces conditions avant de demander la remise en vigueur de son certificat d'inscription.

L'ACCÈS À DES DONNÉES PROVINCIALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

RECOMMANDATION 30

30 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant que si une professionnelle ou un professionnel de la santé est reconnu coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'issue d'une audience disciplinaire ou autrement, l'ordre compétent soit tenu d'en informer tous les autres organismes chargés de la délivrance des autorisations d'exercer une profession de la santé au Canada et de conserver dans ses dossiers une confirmation écrite que pareil avis a été donné.

RECOMMANDATION 31

31 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée prenne l'initiative d'une action concertée visant à créer et à tenir à jour deux bases de données, l'une nationale, l'autre internationale, sur les personnes membres d'une profession de la santé réglementée reconnues coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel, de sorte à permettre les échanges de ces données avec les organismes chargés de délivrer les autorisations d'exercer ces professions et les établissements de santé ailleurs qu'en Ontario.

LA PROTECTION CONTRE L'ABUS SEXUEL PAR LES MEMBRES DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ NON RÉGLEMENTÉES

RECOMMANDATION 32

32 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'équipe de surveillance du CCRPS, de concert avec le centre d'accès du public, fassent faire des recherches visant à cerner quel mécanisme législatif se prêterait le mieux à la création et au maintien d'un registre public où figureraient les noms des personnes membres d'une profession de la santé non réglementée s'étant déjà vu retirer leur autorisation d'exercer leur profession par suite de l'abus sexuel d'une patiente ou d'un patient.

L'ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

RECOMMANDATION 33

33 Que le CCRPS veille à ce que son étude actuelle des programmes de relations avec les patientes et les patients mis sur pied par les ordres comporte une analyse de questionnaires d'évaluation confidentiels, remplis par des personnes ayant obtenu l'année même leur diplôme d'études liées à une profession de la santé réglementée, de même que par des patientes ou patients et par des personnes défendant leurs intérêts, leur demandant leur avis sur les mesures que ces programmes doivent comprendre conformément à l'article 84 du ***Code*** en ce qui concerne :

- les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;
- les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;
- la communication de renseignements au public.

RECOMMANDATION 34

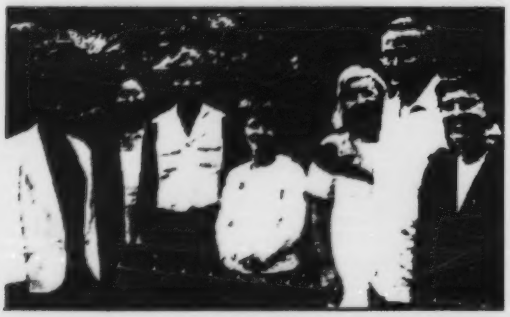
34 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le centre d'accès du public, les ordres de réglementation des professions de la santé, les établissements d'études postsecondaires et les groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, prenne immédiatement l'initiative des changements suivants :

a) élaborer du matériel de cours sur la prévention de l'abus sexuel par des professionnels de la santé, reflétant les points de vue des patientes et des patients, et rendre l'utilisation de ce matériel de cours obligatoire à tous les niveaux de la formation professionnelle et de l'éducation permanente des membres des professions de la santé réglementées en Ontario;

b) exiger que les ordres fassent en sorte que les personnes qui demandent à obtenir un certificat d'inscription en Ontario soient soumises à une évaluation de leur connaissance, d'une part, de la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients et, d'autre part, des responsabilités qui accompagnent l'inscription à une profession de la santé réglementée;

c) exiger que le centre d'accès du public, en collaboration avec les ordres et les groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, élabore, publie, diffuse et mette à jour des lignes directrices à l'intention du public et des professionnels de la santé visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients.

Quelques mots sur notre identité et nos motivations



De gauche à droite : Karen Brown, Marilou McPhedran, Roz Roach, Briar Long, Pat Marshall, Harvey Armstrong et Ronda Bessner.

En 1991, les membres du groupe à l'origine du présent rapport avaient déjà siégé ensemble à un groupe d'étude que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario avait chargé de produire un rapport indépendant sur les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé.

Les recommandations que nous avions formulées dans notre rapport en 1991 ont mené à l'adoption de ce qui était l'époque le projet de loi 100 apportant un certain nombre de modifications à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, dont l'incorporation à celle-ci d'une définition sans précédent de ce que l'on entend par mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et des patients et d'un code de procédure applicable aux 23 professions de la santé régies par la loi. Nos recommandations de 1991 sont reprises en annexe V.

En novembre 1999, sur l'invitation de Marilou McPhedran, qui avait présidé notre groupe huit ans plus tôt, nous avons rencontré l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, afin de discuter de nos inquiétudes quant à la mise en œuvre des dispositions de la loi visant à protéger les patientes et les patients contre les mauvais traitements d'ordre sexuel.

En janvier 2000, la ministre a demandé à son conseil consultatif (le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé ou CCRPS) de nous constituer en groupe d'étude spécial sur les abus sexuels commis par des professionnels de la santé à l'endroit de leur clientèle, en vue de produire un nouveau rapport indépendant.

Il a été convenu que le présent document, notre rapport final — qui contient des conseils et des recommandations relatifs aux répercussions de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** sur les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains de professionnels de la santé — serait rendu public dès que le CCRPS aurait communiqué à la ministre les résultats de son étude quinquennale de cette même loi.

Les membres du groupe d'étude forment une équipe aux compétences et à l'expérience professionnelle très variées. La rédaction du présent rapport s'est faite par consensus, nos recommandations finales n'ayant donné lieu à aucune dissension.

Marilou McPhedran, qui a de nouveau assumé la présidence de notre groupe d'étude, avocate de formation, dispense des conseils stratégiques sur tout ce qui touche les domaines de la santé et des droits de la personne. Co-fondatrice d'un certain nombre d'organisations féminines à but non lucratif se spécialisant dans la réforme des institutions, elle dirige présentement un projet sur les droits des femmes à travers le monde à l'Université York (International Women's Rights Project).

Harvey Armstrong, actif depuis plus de 30 ans comme psychiatre pour les enfants et pour les adolescents issus de milieux défavorisés ou insuffisamment desservis, a récemment travaillé avec les parents de jeunes au comportement mésadapté qui refusent toute intervention visant à les aider.

Briar Long, médecin en titre, est en troisième année d'internat en psychiatrie. Elle avait servi de coordonnatrice au groupe d'étude initial en 1991, avant d'entamer ses études de médecine à McMaster University.

Pat Marshall, qui œuvre depuis plus de 20 ans au Canada comme à l'étranger pour promouvoir l'égalité et la sécurité des femmes et des enfants, était directrice générale fondatrice de METRAC (Metro Action Committee on Violence Against Women) et co-présidente nationale du Comité canadien sur la violence faite aux femmes.

Roz Roach, qui a un diplôme et un doctorat en sciences infirmières, est la fondatrice du centre de santé pour les femmes, Women's Healing Centre, et la directrice générale du refuge Emily Stowe Shelter, créé pour les femmes et les enfants d'une population urbaine bigarrée.

Ronda Bessner, la conseillère spéciale du groupe d'étude, est une consultante en questions de droit et de politiques qui enseigne à la faculté de droit de la University of Toronto. Elle est également l'auteure d'un grand nombre de publications traitant de mauvais traitements d'ordre sexuel et notamment de plusieurs rapports commandités par le ministère de la Justice du Canada et par la Commission de réforme du droit de l'Ontario.

Notre motivation à reprendre pour ainsi dire du service et à travailler sous pression pour produire un autre rapport nous est venue avant tout du grand nombre de patientes et de patients qui sont entrés en contact avec nous au cours des neuf dernières années pour nous faire part des souffrances et de l'angoisse que

des mauvais traitements infligés par des professionnels de la santé leur ont laissé pour séquelles.

Nous sommes extrêmement reconnaissants des efforts extraordinaires déployés par toutes les personnes qui nous sont venues en aide pour produire ce rapport dans des circonstances difficiles et qui — par souci pour le bien-être des patientes et des patients ou animés du désir d'améliorer le système de réglementation — ont consacré à ce projet bien plus de temps et d'énergie que ce pour quoi nous aurions possiblement pu les dédommager.

Nous tenons en particulier à remercier plusieurs spécialistes pour leurs conseils indispensables, **Dr Earl Berger**, **Mary Lou Fassel**, **Dre Judith Herman**, **Dre Susan Penfold**, **Dr Gary Schoener**, **Susan Vella**, ainsi que **l'ensemble des patientes et des patients** qui nous ont tant appris.

N. Jane Pepino et le **Conseil ontarien des services de santé pour les femmes** ont facilité une vaste dissémination du présent rapport, y compris sa distribution à des centaines de bibliothèques de la province.

Nos remerciements vont également à la coordonnatrice du groupe d'étude, **Karen Brown**, ainsi qu'à nos recherchistes juridiques, **Kathleen Gallivan**, **Angela Green-Ingham**, **Valerie Markidis**, **Andrea Unikowsky** et **Dawn Devoe**. Enfin, nous sommes redevables à notre réviseur [pour l'original anglais], **Jon Boynton**, à la conceptrice du rapport, **Martha Newbigging**, aux responsables du **ministère de la Santé et des Soins de longue durée**, aux membres et au personnel du **Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé**, mais aussi et dans une grande mesure surtout, à **Valerie Markidis** et **Negar Mahdavian**, qui ont sacrifié des fins de semaine et des nuits entières pour aider notre présidente à finir ce rapport.

Lorsque vous lirez ce rapport, notre groupe d'étude spécial aura été démantelé, mais nous, ses membres, n'aurons cesse de tout mettre en œuvre pour que le sujet des mauvais traitements d'ordre sexuel infligés aux patientes et aux patients par des professionnels de la santé reste au premier plan des préoccupations des élus publics et autres responsables. Nous estimons que ce rapport indépendant, rendu public dans sa version intégrale, pourra continuer à servir de guide des progrès que nous pouvons faire – en appliquant pleinement la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** – pour mettre en place des procédures qui feront enfin disparaître les abus sexuels commis par des professionnels de la santé à l'endroit de leur clientèle.

Introduction

P. SUSAN PENFOLD, MB, FRCPC

Professeure au département de psychiatrie de la University of British Columbia. Auteure de 'Sexual Abuse by Health Professionals: a Personal Search for Meaning and Healing'

Une fois de plus, l'Ontario a pris les devants et chargé un groupe d'étude spécial de se pencher sur la fréquence actuelle des abus sexuels commis par des professionnels de la santé à l'endroit de leur clientèle. Malgré un intense débat public au début des années quatre-vingt dix, le renforcement des dispositions législatives et de vastes efforts d'éducation au sein des professions de la santé, le problème est loin d'avoir disparu. En effet, il ressort d'une enquête effectuée en Ontario en 1999 qu'un pour cent des adultes de la province – soit des milliers de patientes et de patients – ont fait l'expérience d'un contact sexuel avec une professionnelle ou un professionnel de la santé au cours des cinq dernières années. Pourtant, très peu de personnes ont porté plainte.

Pourquoi ce mutisme et comment y mettre fin? Pourquoi le public a-t-il le sentiment que les ordres de réglementation des professions de la santé, avec leurs procédures actuelles, visent avant tout à protéger leurs membres et tendent à mettre en doute les récits des patientes et patients qui disent avoir subi de mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé, à les dissuader de porter plainte, voire à leur en ôter les moyens? Comment se fait-il que tant de membres des professions de la santé maintiennent que les statistiques sont fausses et la grande majorité des plaintes déposées de mauvaise foi?

Je sais d'expérience, comme le confirment quantité de survivantes et de survivants, la quantité d'obstacles qui se dressent devant les victimes et les nombreux facteurs qui renforcent leur mutisme, qu'il s'agisse de leurs émotions, de l'attitude de la société et du peu de soutien qu'elles peuvent espérer y trouver, des moyens déployés par les professions de la santé pour protéger leurs membres ou encore des particularités du système judiciaire.

Les émotions qui répriment la réaction instinctive des survivantes et des survivants de vouloir porter plainte sont entre autres la honte, la crainte et bien des fois, le doute de soi-même. Déposer un plainte ou simplement parler de ce qui s'est passé leur est parfois tout bonnement impossible, à cause des problèmes qu'entraînent les mauvais traitements d'ordre sexuel, entre autres la tendance à toujours douter de soi-même et à se faire des reproches, ou

encore un sentiment d'insécurité insidieux. Que penseraient leur conjoint ou leur conjointe, leurs enfants, leurs parents, leurs amis ou leurs collègues de travail? Tout leur passé ne serait-il pas examiné à la loupe, le moindre aspect de leur vie privée et sexuelle exposé au vu et au su de tous? Certaines personnes, se sentant à la fois trahies et très en colère, hésitent à faire confiance à des commissions d'enquête ou des comités formés de professionnels issus du même milieu que le médecin ou autre professionnel contre qui elles voudraient porter plainte; d'autres, encore aux prises avec un sentiment de culpabilité à propos de leur complicité possible et des sentiments malgré tout bienveillants envers celui ou celle qu'elles voudraient accuser, sont réticentes à faire des démarches qui pourraient offenser ce professionnel ou cette professionnelle de la santé ou nuire à sa carrière.

L'attitude générale dans notre société n'en est certainement pas une de compassion pour les victimes, mais reflète plutôt la suspicion que les personnes qui subissent des mauvais traitements en sont d'une manière ou d'une autre la cause, voire qu'elles ont mérité ce qui leur est arrivé. Nous sympathisons assez facilement avec les victimes lorsqu'il s'agit d'enfants, mais nous n'accordons guère de crédibilité aux adolescentes ou adolescents ni aux adultes qui disent avoir été victimisés. Les préjugés, les malentendus et les réprobations à l'emporte-pièce sont légion dans une société au sein de laquelle rares sont les gens qui reconnaissent l'énorme déséquilibre dans le rapport de force ou de pouvoirs entre les patientes ou patients et les membres des professions de la santé ou qui comprennent les obligations découlant pour ces derniers du rapport fiduciaire qu'ils entretiennent avec leur clientèle. Les incidents dans lesquels un professionnel aura abusé de son pouvoir et eu des rapports sexuels avec une patiente seront par exemple décrits comme une « relation consensuelle », une « aventure amoureuse ». La victime, soupçonnée de séduction intentionnelle, sera souvent calomniée, ses bonnes mœurs critiquées, accusée d'être dangereuse ou vindicative, une personne manipulatrice qui a dupé le professionnel ou la professionnelle de la santé et l'a pris au piège, ou encore quelqu'un qui a menti ou décrit sous un jour totalement faux un contact au-delà de tout reproche.

Les membres des professions de la santé s'appuient sur une série de rationalisations et d'hypothèses pour s'accrocher à des idées reçues, à savoir que les mauvais traitements des patientes et des patients par les professionnels de la santé sont une chose du passé ou que l'exagération démesurée de leur fréquence impose des restrictions bien trop vastes et inutiles à l'exercice de leur profession; que leur profession est tout à fait capable de surveiller la conduite de ses membres; que les victimes qui portent plainte

sont traitées avec respect, etc. En dépit des révélations issues d'études récentes, il reste parmi les professionnels de la santé des personnes qui s'obstinent à associer les mauvais traitements d'ordre sexuel aux années soixante et soixante-dix et qui refusent d'admettre qu'ils se produisent encore aujourd'hui. Reflet de l'attitude la plus répandue, certains pensent que les relations sexuelles entre des professionnels de la santé et des personnes qui les consultent sont de simples affaires amoureuses, privées et consensuelles ou sinon, que c'est la patiente ou le patient qui est en faute ou qui cherche à tromper ou emberlificoter le professionnel ou la professionnelle concerné, voire à tirer un avantage financier de toute l'affaire. D'autres admettent qu'il puisse à l'occasion y avoir faute professionnelle dans les cas de cette nature mais, évoquant des incidents qui font sensation par le comportement bizarre ou cruel des personnes reconnues coupables, se retranchent derrière la théorie qu'il ne s'agit là que de « quelques brebis galeuses » qui n'ont absolument rien en commun avec leurs collègues, dont la bonté et la compassion sont incontestables. Se voyant peut-être comme des eunuques bienveillants, même inoffensifs, beaucoup de professionnels de la santé ont sans doute du mal à croire qu'il existe parmi leurs collègues des personnes qui éprouvent une attirance pour leurs patientes ou patients. Ces personnes ne font aucun cas de ce qu'on a bien pu leur dire lors d'activités d'éducation professionnelle au sujet du « risque de dérapage » qui existe dès la première transgression, aussi mineure soit-elle. Cette attitude est d'ailleurs reflétée dans les programmes de formation des étudiantes ou étudiants et des internes en médecine, dont le contenu ne fait toujours qu'effleurer l'attirance sexuelle envers les patientes et les patients et les limites à ne pas transgresser dans ses relations avec sa clientèle.

La conviction que les ordres régissant l'exercice de certaines professions de la santé et les établissements qui emploient leurs membres peuvent eux-mêmes surveiller la conduite de ces derniers et « faire la police » pour éviter les abus va tout à fait à l'encontre des conclusions de la récente étude menée en Ontario. La présomption générale est que l'appartenance à une profession de la santé témoigne de l'acquisition progressive d'un ensemble de connaissances objectives et scientifiques. L'exercice d'une profession de la santé, ainsi que la formation et la recherche qui s'y rapportent, sont présumés n'être teintés d'aucun préjugé culturel ni sociétal dénotant par exemple le sexisme, le racisme ou l'âgisme. Pareillement, il est en général entendu que les commissions d'enquête des ordres se montrent objectives, donc impartiales, dans le traitement des plaintes qui leur sont soumises. Pourtant, nombreuses sont les analyses qui démontrent que les professions de la santé sont loin d'être des modèles d'objectivité et

de rigueur scientifique, mais qu'elles reflètent, voire renforcent, les préjugés et les stéréotypes culturels et contribuent au maintien du statu quo dans notre société. Les membres d'une commission d'enquête qui n'ont pas conscience de leurs idées reçues ou de leur tendance à blâmer les victimes ne peuvent guère être objectifs et risquent fort de sympathiser avec leurs collègues et d'accorder foi à leur témoignage face à des accusations et des poursuites qui mettent leur réputation et leur carrière en jeu. Cet écart entre la façon dont les professionnels de la santé perçoivent leur rôle et le rôle qu'il leur arrive en réalité de jouer les déroute et les frustre plus qu'autre chose, alors que chez les victimes, il est source d'humiliation, de colère et de désolation.

Le système judiciaire et les procédures des ordres de réglementation des professions de la santé s'imbriquent à plusieurs niveaux. Les professionnels accusés de mauvais traitements d'ordre sexuel sont représentés par des avocates ou des avocats tout au long d'une enquête et les tribunaux peuvent confirmer ou annuler les décisions des commissions d'enquête. Les avocates et avocats retenus pour défendre les accusés travaillent souvent pour des compagnies d'assurance qui ne lésinent pas sur la dépense et peuvent ainsi recourir à toute une gamme de stratégies conçues pour jeter le discrédit sur les victimes. Les avocates ou avocats, les juges et les jurés portent en eux le même genre de convictions et de préjugés à propos des professionnels de la santé et des victimes que les membres des ordres ou de la société en général. Les victimes qui sont prêtes à témoigner devant les ordres pour leur part doivent supporter de longues périodes d'attente, l'absence quasi-totale de communication et de soutien et des contre-interrogatoires extrêmement pénibles : pendant ce temps, leur rétablissement est impossible, leur état affectif est souvent fragilisé davantage et elles se retrouvent maintes fois plongées dans des réflexions et des réminiscences douloureuses relatives au professionnel ou à la professionnelle qui a abusé de leur confiance.

Ce sont là de formidables obstacles. Le paradoxe est évident : nous demandons à des patientes ou des patients d'aider les ordres à réprimander leurs membres dans l'intérêt public, mais ce faisant, nous les soumettons à une procédure interminable, intimidante, voire terrifiante, qui les empêche d'agir, pire, les humilie, et qui au bout du compte ne leur apporte souvent pas la moindre satisfaction.

Il semblerait que les membres du public soient plus conscients de ce paradoxe que les ordres ne le sont jusqu'à ce jour. Aucune solution aisée ne se présente a priori. Chose certaine, face à l'évolution de l'opinion publique à l'égard des victimes, l'heure est venue d'intensifier les efforts d'éducation des professionnels de la

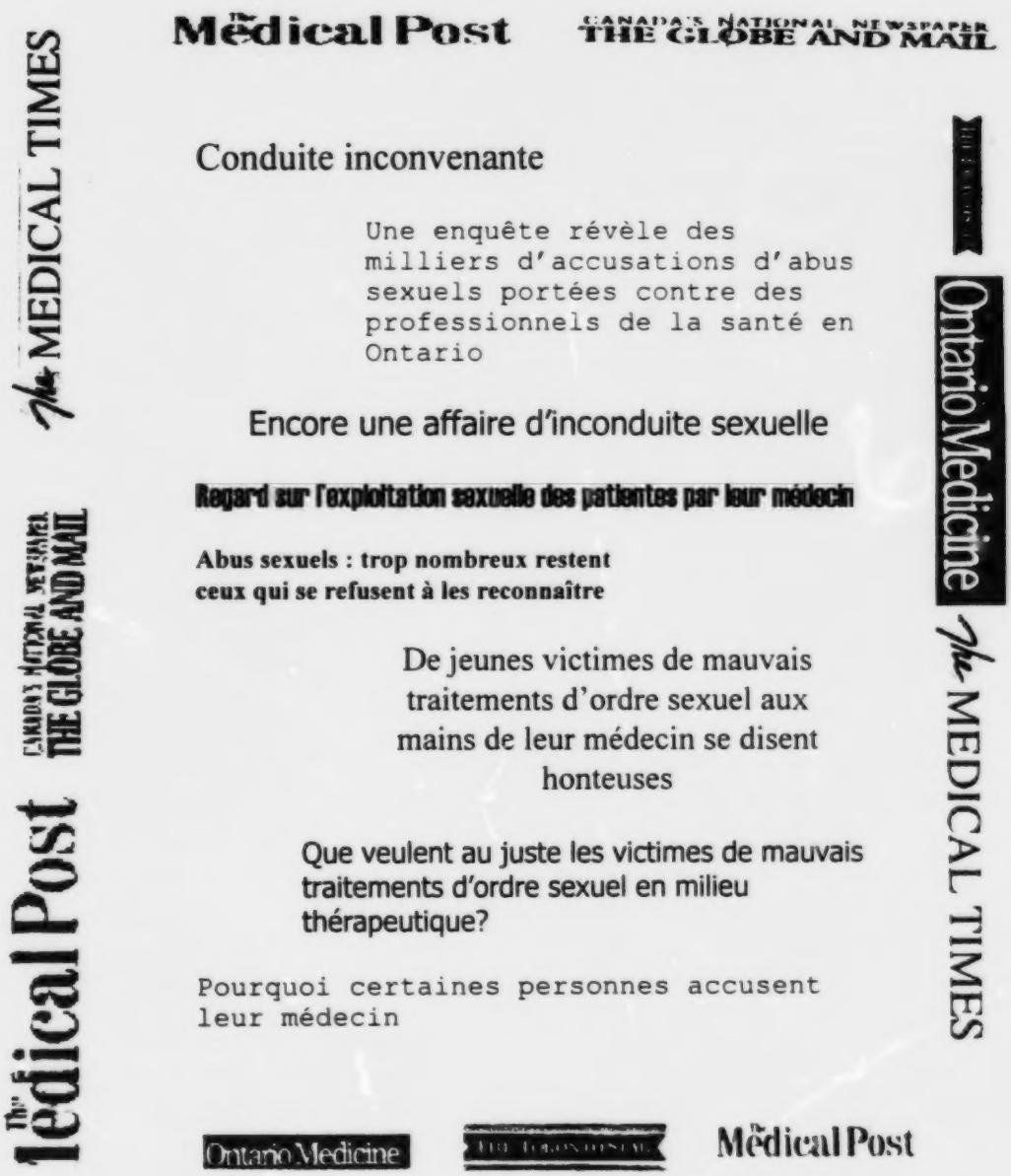
santé et de mettre en place une procédure relative aux plaintes davantage axée sur les patientes et les patients.

Reste à espérer que le présent rapport ouvrira la voie à ce changement.

Sue Penfold

CHAPITRE 1

À l'écoute des patientes et des patients



CHAPITRE UN

À l'écoute des patientes et des patients

On m'a si souvent mise en attente et fait passer d'une personne à une autre que dès le départ, j'ai bien des fois failli tout laisser tomber. Les personnes qui menaient l'enquête changeaient sans arrêt et chacune avait une attitude différente envers moi et ma plainte. À la fin, je me suis vraiment découragée et j'ai retiré ma plainte.

NOTRE MANDAT

L'étude des traumatismes psychologiques a un drôle de passé – elle est semée d'épisodes d'amnésie. Les périodes d'étude sérieuse ont alterné avec des périodes d'inaction totale. Plusieurs fois au cours des cent dernières années, des lignes de recherche similaires ont été poursuivies, puis soudainement abandonnées, pour être reprises un peu plus tard... Aussi riches et abondants que soient ses antécédents, le fait est que ce champ d'étude a parfois sombré dans l'oubli et qu'il faut périodiquement le ressusciter.[1]

Dans une lettre adressée le 7 janvier 2000 à son Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, l'honorable Elizabeth Witmer, demandait à celui-ci de faire en sorte d'obtenir nos conseils et recommandations, ainsi qu'une « lettre d'opinion sommaire » qui lui serait adressée à elle directement. Nous étions ravis de pouvoir ainsi faire ce qui nous tenait à cœur depuis longtemps, à savoir d'attester, en nous appuyant sur leurs propres témoignages, des épreuves par lesquelles sont passées les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par des membres des professions de la santé. Nous sommes reconnaissants à la ministre, à ses conseillères et conseillers, aux responsables du ministère auxquels nous avons eu affaire, de même qu'aux critiques de la santé des partis de l'Opposition, Frances Lankin au Nouveau parti démocratique et Lynn McLeod au Parti libéral, de leur intérêt manifeste pour nos travaux et de leur généreux soutien.

Les personnes qui ont pris connaissance du rapport que nous avions produit en 1991 à la demande de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario savent que nous aimons reprendre autant de renseignements provenant directement des patientes et des patients que possible. Nous avons eu, pour la production du présent rapport, une échéance plus serrée que la dernière fois, un mandat plus vaste et de moindres ressources et de surcroît, nous n'avons pu accéder aux dossiers d'aucun ordre. Les seuls éléments de quelconques dossiers médicaux dont nous avons eu connaissance sont ceux que nous ont communiqué les patientes et les patients.

Malgré ces difficultés, nous avons fait de notre mieux pour nous rendre accessibles au public et pour écouter attentivement ce que les patientes et les patients avaient à nous dire à propos des procédures qui ont eu de si profondes répercussions sur leur vie actuelle. À entendre leurs témoignages, nous avons eu l'impression que rien n'avait changé au cours des neuf années qui se sont écoulées depuis la publication de notre premier rapport. La réalité est que peu de choses se sont améliorées et que les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel qui cherchent à faire jouer les procédures d'auto-réglementation se heurtent pour ainsi dire toujours aux mêmes difficultés que par le passé.

Sans connaître les circonstances particulières de chaque cas, je suis au courant de 22 autres femmes qu'il a victimisées. Je peux vous dire que pour ma part, je ne me serais jamais battue contre l'ordre et je n'aurais jamais réussi à faire aboutir ma plainte si je n'avais pas eu le soutien inconditionnel de mon entourage et les ressources financières nécessaires pour tenir le coup. Pendant des années, l'ordre a débouté les plaintes de bon nombre d'autres victimes. Moi, il n'arrêtait pas de me dire qu'il ne pouvait rien faire tant que d'autres victimes ne se manifesteraient pas. Lors du procès, il s'est avéré que d'autres personnes avaient déjà signalé le même professionnel à l'ordre avant moi, et pourtant il a laissé passer 20 mois avant de donner suite à ma plainte.

UN TOUR D'HORIZON DES TÉMOIGNAGES RECUEILLIS

Notre groupe d'étude a reçu plus d'une soixantaine de comptes rendus de mauvais traitements d'ordre sexuel, ainsi que quelques-uns portant sur d'autres types d'incidents. Nous avons étés en mesure de communiquer avec 57 personnes qui se sont plaintes d'avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel et nous avons rencontré 22 d'entre elles. Voici un rapide tour d'horizon de ce que ces comptes rendus ont révélé :

- Dans environ 80 p. 100 des 57 comptes rendus que nous avons pu vérifier (46 plus exactement), la victime était du sexe féminin, alors que dans 20 p. 100 des cas (11 comptes rendus), la victime était du sexe masculin.
- Près de 9 p. 100 des comptes rendus portaient sur des abus sexuels commis par des femmes membres d'une profession de la santé. Trois hommes et deux femmes disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une professionnelle de la santé.
- L'un des comptes rendus que nous avons reçus nous est venu des parents d'une jeune victime paralysée n'ayant pas l'usage de la parole. Nous avons aussi entendu le témoignage d'une orthophoniste, qui nous a dit que plusieurs personnes parmi sa clientèle ont été victimes d'exploitation sexuelle par des professionnels de la santé vis-à-vis desquels elles avaient un lien de dépendance.
- Bien que nous n'ayons pas demandé à connaître ce type d'information, plusieurs personnes ont fait savoir dans leur

compte renduqu'elles appartenaient à un groupe minoritaire dans la société.

- Enfin cinq personnes ont dit qu'elles avaient moins de 14 ans à l'époque où elles ont subi les mauvais traitements qu'elles relataient.

Les incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient qui nous ont été relatés se seraient produits dans les localités suivantes de l'Ontario :

- Barrie
- Brantford
- Burlington
- Cambridge
- Chatham
- Fort Erie
- Gloucester
- Kincardine
- London
- la communauté urbaine de Toronto
- Mississauga
- Niagara
- Ottawa
- Penetanguishene
- Shelbourne
- St. Catharines
- Thornhill
- Windsor

Ces mauvais traitements d'ordre sexuel auraient été le fait de membres des professions suivantes :

- psychiatre
- médecin
- généraliste
- psychothérapeute
- psychologue
- infirmière/infirmier
- infirmière auxiliaire autorisée/infirmier auxiliaire autorisé
- technologiste de laboratoire médical
- chiropracticienne/chiropraticien
- physiothérapeute
- dentiste
- massothérapeute

Les récits ci-après sont basés sur les comptes rendus que les patientes et les patients en question ont fait au groupe d'étude. Nous avons modifié ou omis les noms de personnes et de lieux, sauf lorsque nous reprenons des témoignages recueillis lors de notre audience publique. Nous avons également omis les détails susceptibles de faciliter l'identification des victimes, sauf lorsque ces dernières nous ont spécifiquement priés de les publier.

Une partie de ces patientes et patients ont accepté de relater leur expérience en personne lors d'une audience publique; d'autres se sont montrés réticents à nous rencontrer en personne, voire ont manqué de se présenter à nos rendez-vous, préférant nous écrire ou se confier à nous par téléphone. Quelques personnes, après

nous avoir grillés sur nos intentions par téléphone ou par courriel, ont finalement choisi de se taire. Trois ou quatre communications téléphoniques semblaient presque être de règle avant qu'une patiente ou un patient accepte de nous fournir un compte renduou de nous parler plus en détail. Nous avons respecté les souhaits des personnes qui nous ont demandé de préserver leur anonymat.

POURQUOI NE PAS NOMMER LES PROFESSIONNELS MIS EN CAUSE?

L'une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de ne pas nommer les professionnels mis en cause, en dehors du souci de respecter le caractère confidentiel de certains témoignages, est que nous voulions souligner le fait que notre but n'était pas de semoncer qui que ce soit en particulier, aussi justifié que cela aurait pu l'être. Notre but était de responsabiliser un système dysfonctionnel qui ne remplit pas son rôle d'assurer au public sécurité et équité. En passant sous silence le nom des professionnels mis en cause, nous pouvons mieux concentrer notre attention et celle des lectrices ou lecteurs du présent rapport sur les types de comportements néfastes constatés au sein des établissements de santé et des professions de la santé.

LES MÉDIAS

Nous tenons à noter le rôle souvent constructif des médias et la sincère compassion que les journalistes ont parfois manifestée pour les victimes. Sans leur décision de consacrer aux cas de mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé la manchette des journaux ou la une des actualités, nous serions encore moins au fait de ce problème et la responsabilisation des professions dans l'intérêt public serait encore moindre qu'elle ne l'est. Ni les victimes, ni les personnes qui interviennent en leur faveur, ne disposent généralement de ressources suffisantes pour plaider leur cause à grande échelle, pas plus qu'elles n'ont les moyens d'empêcher l'invasion de leur vie privée par les médias. Nous avons, hélas, eu des échos du comportement peu scrupuleux de certains journalistes, rédacteurs en chef et éditeurs. Ces personnes ont jeté l'opprobre sur leur profession en trahissant la confiance des patientes et des patients. Il leur est par exemple arrivé de promettre à une patiente, en échange de ses révélations, que celles-ci ne serviraient qu'à situer le contexte d'un reportage, dans lequel son nom n'apparaîtrait nulle part — pour ensuite reproduire les moindres détails de ce qu'elle a subi dans un récit plutôt salacieux, au lieu d'analyser les ravages que font les abus sexuels dans les milieux thérapeutiques ou de démentir certaines idées fausses que les avocates ou avocats de la défense dans les affaires d'abus sexuels se plaisent à répandre à propos des victimes.

LES COMPTES RENDUS DES SURVIVANTES ET DES SURVIVANTS

Comme ce fut le cas lors de la préparation de notre premier rapport d'enquête en 1991, nous avons appris beaucoup de choses des personnes les mieux placées pour parler de la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel, celles qui ont dû apprendre de première main à surmonter une telle expérience. Nous sommes honorés de la confiance que ces personnes ont placée en nous et nous poursuivrons, individuellement, nos efforts pour amener une plus grande équité dans les procédures des ordres de réglementation des professions de la santé, des universités, du système judiciaire et des autres établissements ou institutions qui si souvent lèsent les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel. Nous ne pouvons qu'enjoindre tout un chacun d'écouter bien attentivement les récits des personnes concernées, comme « Andrew », et de regarder la vérité en face avec compassion et courage.

Comment se peut-il que des professionnels qui ont prêté serment de servir et de protéger le public en viennent à commettre des abus sexuels à l'endroit de leur clientèle? Un seul cas d'abus sexuel par un professionnel qui offre des soins de santé est honteux, des milliers, cela défie

l'entendement, mais pire encore, ce qui laisse pantois, c'est de constater le peu de poursuites entamées contre les coupables et le peu de protection que les ordres offrent au public.

Quand « Andrew » a parlé de ce qu'il a vécu, il a allié des mots au fond **incompatibles**, « soins de santé » et « abus sexuel ». Les patientes et les patients qui subissent des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains de professionnels de la santé sont heureusement une minorité, mais leur nombre est significatif.

Jamais l'idée d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel à leurs patientes ou patients n'effleure la majorité des professionnels de la santé. Les membres des professions de la santé sont pour la plupart profondément peinés le jour où force leur est d'admettre qu'un plus grand nombre de leurs collègues commettent ce type de faute que le public en général n'est porté à croire. Le fait est qu'il existe des membres des professions de la santé qui ont victimisé **quantité** de personnes et que ces personnes n'en ont souvent pas soufflé mot à qui que ce soit.

Plusieurs choses peuvent nous amener à nous rendre à l'évidence que certains membres des professions de la santé infligent **sciemment** de mauvais traitements d'ordre sexuel à des personnes parmi leur clientèle, que ce soit d'en avoir fait l'expérience, de connaître quelqu'un qui en a fait l'expérience et de croire son récit ou de lire des statistiques à la validité scientifique incontestable.

Pour pouvoir accepter la fréquence de cette effroyable violation du rapport de confiance entre les professionnels de la santé et leurs patientes ou patients, nous devons d'abord cesser de placer ces professionnels sur un piédestal. Nous avons dans l'ensemble, et c'est normal, besoin de croire que les membres des professions de la santé sont sages, fiables et dignes de confiance, malgré la réalisation qu'il existe dans leurs rangs des personnes qui n'ont aucune de ces caractéristiques. Nous préférons bien souvent, comme la plupart de nos concitoyens et concitoyennes, nous leurrer à croire que les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients sont un problème qui n'existe qu'ailleurs et qui ne nous concerne guère.

J'avais décidé de ne pas porter plainte contre lui, jusqu'au jour où j'ai réalisé qu'il avait fait subir la même chose à 13 autres personnes qu'il avait soignées, rien que dans ma petite ville.

Quand j'ai téléphoné pour savoir où en était rendu ma plainte et qu'est-ce qui allait se passer, je n'ai pas pu avoir de réponse concrète. Je me suis essentiellement faite renvoyer avec des mots comme 'on fait ce qu'on peut, Madame, on n'a pas que votre plainte à traiter, mais on va s'en occuper en priorité'. J'étais pas mal furieuse, vous savez. Chaque fois qu'on me parle de priorité alors que rien ne bouge, je vois rouge.

Les patientes ou patients qui déposent une plainte courent le risque de devenir des pions dans un processus compliqué et coûteux, en ce sens que des juristes et d'autres professionnels sont

payés pour faire des démarches qui n'accordent pas la moindre priorité aux besoins des parties plaignantes.

Bon nombre de nos recommandations découlent directement des comptes rendus réfléchis et détaillés que nous ont fait parvenir les patientes et les patients ou des personnes parlant en leur nom. En effet, plus d'un cinquième des patientes et patients qui ont pris contact avec nous nous ont fait parvenir des observations écrites accompagnées de recommandations précises. La coordonnatrice de notre groupe d'étude, Karen Brown, a passé en moyenne une heure au téléphone avec les auteurs de ces divers comptes rendus. Les membres de notre groupe d'étude ont à leur tour eu des heures de conversations additionnelles avec les patientes et les patients ou les personnes parlant en leur nom, au téléphone ou face à face.

Quand j'ai appris qu'il abusait d'autres femmes là où j'habite, j'étais hors de moi. Tant que je croyais être sa seule victime, j'avais tellement honte que pour rien au monde je n'en aurais soufflé mot. Mais là, ma rage m'a poussée à agir et je me suis renseignée pour savoir comment porter plainte. Quand j'ai finalement appelé l'ordre, on m'a mise en attente plusieurs fois. Les mauvais traitements que cet homme m'a fait subir m'avaient complètement mise à terre et j'avais dû faire un effort presque surhumain pour trouver le courage de prendre le téléphone pour parler à quelqu'un. J'avais désespérément besoin qu'on m'écoute d'une oreille attentive et bienveillante. Au lieu de ça, j'ai entendu une voix enregistrée qui m'a demandé de laisser un message. C'était le comble! J'étais tellement choquée et déçue que j'ai failli abandonner l'idée de porter plainte.

Les audiences publique et privée que nous avons organisées préalablement à la production du présent rapport nous ont valu de recevoir une très vaste quantité d'information. Vous retrouverez ci-après, en version condensée, certains des récits d'abus sexuels et de traumatisme qui nous sont parvenus et qui aident à mieux comprendre les problèmes systémiques auxquels nos recommendations visent à remédier.

SHERRIE

Sherrie

« Sherrie » a vu le jour milieu des années 60. Elle est née avec une malformation congénitale du tronc cérébral, accompagnée d'une hydrocéphalie. Elle utilise un fauteuil roulant et elle est incapable de proférer quelque son que ce soit parce que son larynx est paralysé. Sherrie est chroniquement malade et entièrement dépendante du personnel infirmier qui fait sa toilette, lui donne à manger et change ses couches. Durant l'agression sexuelle qu'elle a subie, elle a été incapable d'émettre le moindre son, mais elle était pleinement consciente et parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace.

En février 1997, découvrant que les menstrues de sa fille avaient cessé, sa mère a accompagnée Sherrie à l'hôpital. Là, elle a

appris que sa fille de 32 ans était enceinte et qu'elle portait un fœtus de 15 semaines en parfaite santé. La mère nous a confié son dilemme :

Vu l'état avancé du développement du fœtus, nous avions beaucoup de mal à nous résigner au fait qu'un avortement était inévitable, parce que la vie de Sherrie était en danger. Six jours plus tard, quelques minutes à peine avant le moment où l'avortement thérapeutique aurait dû avoir lieu, Sherrie a fait une fausse couche.

Un détective de la police de Toronto a emmené le fœtus au Centre des sciences judiciaires, qui en a prélevé puis conservé l'ADN en vue d'une possible présentation en preuve ultérieure. En novembre 1997, un représentant de l'ordre compétent a fait parvenir une lettre à la mère de Sherrie, l'avisant comme suit :

[Traduction] « La présente lettre a pour objet de confirmer les détails de notre conversation téléphonique de la semaine dernière. J'ai fait part au comité de discipline que (nom du professionnel de la santé) a agressé votre fille Sherrie sexuellement alors qu'elle était une patiente. »

Le professionnel de la santé en question, un employé de l'établissement où Sherrie était hospitalisée, était à l'époque responsable des soins et du bien-être de Sherrie. Les parents de Sherrie nous ont dit ce qui suit :

Nous pensions pouvoir faire confiance à cet homme de s'occuper convenablement de notre fille, si frêle et si vulnérable, mais il a trahi notre confiance, surtout celle de Sherrie. Pour lui, Sherrie était une petite créature sans défense qui ne pouvait pas se sauver, qui ne pouvait pas crier à l'aide, qui ne serait jamais capable de raconter ce qu'il lui faisait. Il connaissait bien son état et il en a profité derrière des portes closes quand il était supposé voir à ses besoins à elle.

Le coupable a finalement admis, dans un aveu négocié, qu'il avait bien, alors qu'il était responsable des soins de santé de Sherrie, eu des relations sexuelles avec sa patiente sans son « consentement véritable ». Cet aveu est d'autant plus difficile à accepter que Sherrie est paralysée des jambes et des hanches et qu'elle n'a presque aucun usage de ses bras ni de ses mains. L'ordre a révoqué son certificat d'inscription et une cour criminelle l'a condamné à quatre années de réclusion. Toute cette affaire a été d'autant plus atroce pour la famille à cause des difficultés auxquelles elle s'est heurtée dans ses démarches pour aider la jeune femme à se remettre de son traumatisme.

Nous aurions peut-être pu nous remettre du viol et de la grossesse de notre fille et faire un trait sur le passé, mais ce qui nous a blessés le plus dans toute cette sordide affaire, c'est de voir comment le personnel d'administration et de supervision de l'établissement traitait notre petite fille. Nous voulions surtout qu'elle puisse suivre une thérapie et que quelqu'un lui apporte des soins de qualité et de la chaleur humaine, parce qu'elle était si malade et si secouée par ce qui s'était passé. Or, c'est tout le contraire qu'elle a eu. Elle a sombré dans la dépression, elle est devenue agitée, elle a arrêté de manger, elle a même essayé de mettre fin à ses jours à plusieurs reprises en cognant sa tête contre le mur, sachant très bien que ça risquait de déstabiliser son implant crânien.

Plusieurs professionnels de la santé qui travaillaient dans le même hôpital durant cette période et qui s'inquiétaient de l'état de

Sherrie dirent à ses parents qu'il leur arrivait de surprendre des remarques désobligeantes d'ordre sexuel adressées directement à la jeune femme, visiblement bouleversée, par des membres du personnel de supervision de l'établissement.

La famille fut par ailleurs horrifiée d'apprendre qu'au casier judiciaire du professionnel de la santé qui avait été reconnu coupable d'avoir exploité leur fille figuraient des condamnations antérieures pour infractions sexuelles. Cela signifiait qu'aussi bien l'ordre chargé de réglementer la profession à laquelle appartenait cet homme que l'hôpital qui l'employait et aux soins duquel Sherrie avait été confiée avaient manqué de mettre en place des mécanismes adéquats pour tenir des délinquants sexuels à l'écart des patientes et des patients.

Cette famille n'est hélas pas la seule à avoir vécu un tel cauchemar. Nous avons entendu plusieurs personnes lors de nos audiences déplorer la médiocrité des soins qu'elles ou leurs proches avaient reçus dans des établissements de santé en Ontario, surtout dans des cas de patientes ou de patients physiquement ou émotionnellement fragiles, frappés d'incapacité.

Nous avons formulé une recommandation traitant des responsabilités des établissements qui emploient des professionnels de la santé et du recours à des bases de données comme moyen de protéger le public, conformément à l'objectif de tolérance zéro, en nous basant sur des comptes rendus comme celui-ci et sur des incidents dont nous avons été témoins de première main dans divers établissements de la province.

SALLY

Sally

J'ai signalé au groupe d'étude deux plaintes que j'ai déposées auprès de l'ordre depuis 1992 à propos de mauvais traitements d'ordre sexuel que deux professionnels différents m'ont fait subir.

Ma première plainte en 1992 portait sur un médecin qui m'a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel alors que j'étais une adolescente qu'il était censé soigner. Cinq autres femmes ont également porté plainte contre lui pour des comportements similaires. Nous avions toutes entre 16 et 19 ans il y a toutes ces années, quand cet homme était notre médecin. Nous avons chacune communiqué avec l'ordre de notre propre initiative à un moment ou à un autre.

En 1996, le comité de discipline de l'ordre a entendu mon témoignage et celui des autres plaignantes, deux témoins experts et une personne présentant une preuve de faits similaires, mais aucun argument de la défense, qui s'était en fait retirée au début de l'audience. Le comité a trouvé des ressemblances frappantes dans les témoignages présentés et conclu que la preuve était claire, convaincante et forte. Le comité a par ailleurs conclu que le membre accusé n'avait pas respecté les normes d'exercice de sa profession à l'époque et ne les respectait toujours pas, ajoutant que des observations d'ordre sexuel n'avaient pas lieu d'être dans un rapport thérapeutique, mais risquaient au contraire de causer du tort à la patiente ou au patient. Sur ce, le comité, à l'unanimité, a déclaré le membre

coupable de faute professionnelle et d'incompétence et ordonné la révocation de son certificat d'inscription à l'ordre. Le système semblait fonctionner.

Toujours en 1992, j'avais déposé une deuxième plainte auprès de l'ordre. Le traitement de cette plainte s'est avéré on ne peut plus différent de l'autre dont je viens de parler. Son cheminement a été incroyablement lent, avec des erreurs à tous les tournants.

Au départ, personne n'a enquêté sur mes allégations et en 1995, l'ordre compétent a avisé le membre que l'affaire était classée. Je n'ai pas eu d'autre choix que de retenir les services d'un avocat et d'en appeler à la commission de révision afin qu'elle intervienne pour mon compte et se renseigne sur l'état de ma plainte.

Ensuite, la façon dont l'enquête qui a finalement eu lieu s'est déroulée — alors que j'avais interjeté appel et que l'ordre s'était fait dire, en 1998, que l'affaire n'aurait jamais dû être classée sans enquête et sans mon consentement — cette enquête donc est allée contre toutes les règles d'éthique, de professionnalisme ou de compassion, bref, c'était une insulte. J'ai par exemple été contactée par deux représentantes de l'ordre, qui ont demandé à me rencontrer pour discuter de la nature de ma plainte. Elles m'ont donné rendez-vous dans une chambre d'hôtel, où elles ont tout essayé pour que je me dégonfle.

Une des deux femmes a même carrément dit que c'était impossible, que je ne pouvais pas avoir subi d'abus sexuel aux mains de cet homme, parce que quelqu'un s'en serait aperçu. Je regarde les jeunes gens d'aujourd'hui dans la rue et je repense au temps où moi aussi, j'étais jeune et pleine d'espoir. Cet homme m'avait déjà volé mon innocence, ma confiance dans le monde et les autres. Ces femmes n'ont fait que rouvrir mes plaies et refaire de moi une victime.

Et ce n'est pas fini. Je me suis fait expliquer que j'étais la seule à avoir déposé une plainte contre ce médecin et que ça ne mènerait à rien. Quand je me suis permis de dire que la procédure de traitement des plaintes n'était pas au point, que ça prenait beaucoup trop de temps, on m'a répondu que j'exagérais, que je n'étais pas raisonnable.

En plus des aspects juridiques de l'enquête elle-même qui me semblent poser problème, j'ai aussi des difficultés avec les gens que l'ordre embauche pour mener les enquêtes. À mon avis, les méthodes de sélection de ces personnes devraient être très, très restrictives.

J'avais vraiment l'impression d'avoir affaire à un groupe de brutes de l'école secondaire plutôt qu'à une équipe d'enquêteuses et d'enquêteurs constituée par un ordre de réglementation. Pour être parfaitement honnête, la plupart des personnes auxquelles j'ai parlé au sujet de cette plainte étaient ignares et carrément méchantes.

Le problème, c'est qu'au fond, l'ordre n'est vraiment pas motivé à réprimander ses membres pour leur inconduite. Quand je pense à tout le temps que ça a pris pour traiter ma deuxième plainte et au mal que j'ai eu pour la faire aboutir, je ne peux pas croire que l'auto-réglementation est une bonne chose, au contraire, je me dis que ça ne marche pas, un point c'est tout.

ANDREW

Au début des années 70, « Andrew » était un jeune étudiant universitaire à qui s'ouvrait un bel avenir. Jusqu'au jour où, lors d'un examen médical de routine, il a été agressé sexuellement. Il nous a raconté le tournant que sa vie a pris depuis.

Souffrant d'une lésion buccale tout à fait banale, Andrew s'est rendu à la clinique de l'université pour se faire soigner. Là, le médecin lui a demandé de se déshabiller et de s'allonger sur la

table d'examen. Après l'avoir placé dans cette position vulnérable, le médecin l'a touché de façon sexuelle. Sur le coup, Andrew est resté muet sous le choc, réalisant l'énorme déséquilibre dans le rapport de force entre lui et le médecin, mais peu de temps après cet incident, il s'est mis en rapport avec l'ordre compétent pour obtenir de l'aide. Il a attendu plus de deux semaines que quelqu'un le rappelle et quand il a finalement eu des nouvelles de l'ordre, c'était pour s'entendre dire que sa plainte était sans fondement. L'ordre l'a tout simplement laissé tomber.

Les patientes et patients qui ont subi des mauvais traitements aux mains d'un professionnel de la santé se décident souvent difficilement à signaler les mauvais traitements qu'ils ont subi, et ces difficultés sont parfois aggravées par d'autres problèmes qu'ils ou elles peuvent avoir dans la vie. Après sa première tentative pour obtenir l'aide de l'ordre, Andrew n'a longtemps parlé à personne de ce qui lui était arrivé. Il nous a avoué avoir très mal vécu sa situation d'homme ayant subi un abus sexuel, ajoutant qu'il lui avait fallu des années avant de trouver le courage de se confier à sa conjointe. Pire, Andrew dit que sa détresse avait atteint un point tel que durant la grossesse de sa femme, il priait pour que le bébé ne soit pas un garçon. Malgré cela, il espérait qu'en relatant son histoire maintenant — tant d'années plus tard — il pouvait faire comprendre à d'autres hommes que c'est une bonne chose de parler de son expérience.

Andrew est lui-même un professionnel de la santé familier avec les procédures des ordres de réglementation. Voici ce qu'il avait à suggérer pour améliorer la façon dont les ordres abordent les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients :

- *Il serait préférable qu'aucun ordre ne participe au processus de signalement des mauvais traitements d'ordre sexuel par des membres des professions de la santé ni aux enquêtes menées sur les cas signalés.*
- *Idéalement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait constituer un organisme indépendant dont le rôle serait d'assurer le traitement des plaintes.*
- *Il faudrait établir une base de données contenant des renseignements sur les personnes susceptibles d'aider les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel.*
- *Il serait souhaitable que les organismes de réglementation professionnelle offrent tous sans exception des services de consultation à leurs membres qui pourraient avoir des sentiments déplacés et des impulsions répréhensibles envers leurs patientes ou patients.*

À la fin des années 60, « Gilbert », alors un jeune autochtone de 14 ans plein d'entrain, a été piégé par les flammes d'un incendie qui l'ont brûlé sur 78 p. 100 de son corps. Après une longue hospitalisation, Gilbert a rapidement donné des signes d'incapacité à surmonter les effets psychologiques et émotionnels de son accident.

Gilbert

À ma sortie de l'hôpital, le contrecoup de mon traumatisme n'a pas tardé à se faire sentir. J'étais furieux, hyperfrustré, c'était la perte de contrôle. Je me suis vite retrouvé devant un tribunal pour jeunes délinquants.

Après bien des démêlés avec le système pénal, Gilbert s'est une fois de plus retrouvé à l'hôpital. Durant son hospitalisation, alors que des démarches avaient été entamées pour placer Gilbert, maintenant âgé de 15 ans, sous tutelle judiciaire, une patiente a commencé à l'exploiter sexuellement.

Quand on parle d'exploitation sexuelle d'un jeune adolescent par une femme plus âgée, les gens trouvent souvent ça ridicule ou trop drôle. J'ai vite appris à me taire.

Ce qui rendait la situation d'autant plus dévastatrice était le fait qu'au cours des mauvais traitements que la patiente lui faisait subir, un professionnel de la santé et d'autres patientes assistaient à la scène, sans rien dire ni intervenir.

C'était on ne peut plus humiliant et dégradant. Désespéré, j'ai menacé de la dénoncer au personnel. Elle a ri de moi de plus belle, en me disant de jeter un coup d'œil autour de moi. Elle a pointé du doigt un membre du personnel travaillant au service des adultes qui était assez proche pour tout entendre. J'ai revu cet homme à plusieurs reprises quand elle s'en prenait à moi.

Les personnes qui étaient dans les parages et qui ont fait comme si de rien n'était ont rendu la victimisation de cet adolescent encore plus pénible. Personne n'a offert de l'aider, personne n'a levé la voix pour le défendre, personne n'a semblé réaliser que — sans leur participation — la jeune femme qui a exploité Gilbert sexuellement n'aurait jamais pu le traumatiser autant.

L'infirmier que je voyais du coin de l'œil n'a jamais bougé le petit doigt pour moi. Il m'a abandonné et laissé sans protection, mais il n'a jamais été accusé de rien.

Gilbert est toujours hanté par ce souvenir.

Ce que j'ai appris dans toute cette histoire, c'est qu'il faut se méfier des gens en position d'autorité. Je ne m'en suis jamais remis. J'ai essayé plusieurs fois de me faire soigner et de consulter pour arrêter de boire et de me droguer et surtout, pour arrêter de faire de l'anxiété, mais ça n'a pas vraiment marché.

Ce qui me faisait le plus peur, c'est que j'avais lu que les gens qui ont été exploités comme moi redeviennent facilement des victimes ou, pire, se mettent à faire du mal aux autres. Alors bien sûr, quand mes enfants sont nés, j'ai eu une peur panique de déraper dans l'intimité. Il était hors de question qu'ils viennent dans le lit avec ma femme et moi, j'étais terrifié à l'idée de changer des couches,

de leur donner un bain etc. Mon ex-femme s'est souvent plainte que j'étais trop froid. Je ne pouvais pas lui expliquer pourquoi j'étais comme ça. Aujourd'hui, je me rends compte de ce que j'ai manqué en tant que père et de toutes les marques d'affection dont j'ai privé mes enfants à cause de cette histoire.

Autre chose. Moi, un homme, j'ai longtemps douté de ma capacité à me protéger dans la vie et à protéger ma famille. Ma vie sexuelle aussi en a souffert, parce qu'en plein milieu d'un rapport avec ma femme ou plus tard une autre, des souvenirs pouvaient me passer par la tête et j'étais obligé de m'arrêter là. Mes relations amoureuses ont toujours été empoisonnées par tout ça, et à cause du fait qu'au fond, je ne pouvais plus vraiment faire confiance à une femme. Avec tout ce stress, je me suis aussi mis à boire plus que de raison.

Le pire probablement, c'est que je suis sorti de cet hôpital avec un sentiment qui ne m'a pas quitté depuis, à savoir que je suis seul au monde. Convaincu que je ne pouvais compter sur personne d'autre que moi, alors évidemment, vu les doutes et les craintes qui me rongeaient, j'ai fait des choses que je n'aurais pas dû pour essayer de m'en sortir, la boisson et tout ça.

La vie m'a laissé beaucoup de cicatrices, et pas juste celles de l'incendie quand j'étais gosse. Je suis né avec toutes les chances de mon côté pour réussir dans la vie. L'incendie, lui, c'était déjà un gros coup dur. On m'a envoyé à l'hôpital pour trouver de l'aide, arriver à m'en remettre. Au lieu d'y guérir, j'y ai souffert d'autres traumatismes, enduré de nouvelles déchéances, sous le regard silencieux des voyeurs parmi le personnel de l'établissement. Vous parlez d'une aide!

NORA

« Nora » voyait depuis deux ans un thérapeute qui avait petit à petit réduit ses limites personnelles, physiques et psychologiques et qui, après l'avoir lentement, mais sûrement, préparée à son ultime exploitation, a entamé une relation sexuelle avec elle. Nora était en plein transfert de sentiments. Elle croyait sincèrement être éprise de son médecin et surtout, être importante pour lui sur le plan affectif. À l'époque, Nora, qui s'était fait croire qu'elle avait « librement » consenti à cette « relation amoureuse », se sentait réconfortée quand le médecin lui disait ce qu'elle voulait entendre, à savoir qu'il « l'aimait » aussi.

Nora

Si seulement l'ordre avait fait quelque chose, tout aurait été très différent pour moi. Je croyais tout ce que disait cet homme, j'avais une confiance aveugle en lui, mais si l'ordre était intervenu plus tôt et si le registrateur avait admis qu'il avait reçu d'autres plaintes à son sujet, je crois que l'autorité de l'ordre m'aurait ouvert les yeux. Quand on est sous la dominance de quelqu'un, il faut qu'une force externe vous secoue pour retrouver vos esprits. Seulement voilà, quand j'ai demandé au registrateur s'il avait eu d'autres plaintes, tout ce qu'il trouvé de mieux à faire, c'est de retourner la question et de me demander si j'étais au courant d'incidents touchant d'autres personnes.

Quand j'ai entendu le témoin expert décrire la façon dont mon thérapeute m'avait fait régresser à l'état de petite fille, j'ai eu un flash : je me suis rappelé toutes les fois qu'il me demandait une fellation, là dans son bureau, et ma seule réponse, en guise de " non ", c'était de hocher la tête, de haut en bas, de bas en haut, comme une petite fille. Les mots de l'expert m'ont fait réaliser que tout au long, ce qu'il voulait, cet homme, c'était exploiter la petite fille en moi. Même aujourd'hui, après toutes ces années, il m'arrive de me réveiller la nuit en sueur. Il m'a violée. C'est ça, la vérité : nos rapports étaient du viol. Il le savait parfaitement, mais ça lui était égal.

Le souvenir de ce qui m'est arrivé ne s'est jamais estompé. Pas un jour ne passe sans que j'y pense. La différence, c'est que maintenant je sais ce qui s'est vraiment passé. Rien ne m'a jamais fait si mal, c'est comme une plaie ouverte qui va jusqu'au plus profond de moi-même.

Un expert qui s'est penché sur le cas de Nora a expliqué qu'il était hors de question de dire qu'elle avait donné son consentement à une relation sexuelle avec son thérapeute. Le chapitre 5 un peu plus loin explique plus en détail pourquoi le transfert des sentiments et l'ampleur qu'il peut prendre imposent l'adoption de lignes directrices interdisant tout contact d'ordre sexuel. *(Traduction)* ***« Nora n'était pas en mesure de consentir librement à une relation sexuelle avec son thérapeute. Il s'agissait là d'une relation avec un homme qui avait le pouvoir de changer son état d'esprit et son programme de traitement. Il avait pris l'initiative d'un contact érotique après l'avoir préparée à se laisser exploiter et avoir progressivement repoussé ses limites personnelles, physiques et psychologiques, lui laissant entendre qu'elle était spéciale à ses yeux et qu'il l'aimait, mais comme il disait, sans être en amour avec elle. »***

Les victimes secondaires

Les mauvais traitements d'ordre sexuel peuvent aussi avoir des effets traumatisants sur des personnes qu'ils ne touchent qu'indirectement. Le Dr Gary Schoener, un expert de renom en matière d'abus sexuels commis par des professionnels de la santé à l'endroit de leur clientèle, qualifie ces personnes de victimes par association.[2] Le Dr Harvey Armstrong, membre de notre groupe d'étude spécial qui est souvent appelé à témoigner en qualité d'expert, confirme qu'on parle de victimisation par personne interposée ou par ricochet lorsqu'une deuxième personne, en apprenant l'étendue et la gravité du traumatisme subi par quelqu'un qui lui est cher ou qui occupe une place importante dans sa vie, devient elle aussi traumatisée et développe des symptômes de stress post-traumatique.

Les observations ci-après que nous avons entendues de la part de « James », le mari de Nora, de sa meilleure amie et de son patron, illustrent bien ce phénomène.

James, le mari de Nora

Il n'y a pas si longtemps que j'ai finalement compris que je suis moi aussi une victime des mauvais traitements subis par ma femme. C'est le jour où j'ai rencontré les membres du groupe d'étude que les choses ont cliqué dans ma tête, et honnêtement, j'en ai eu des frissons. Ce n'est que lors de cette rencontre que j'ai enfin eu l'impression que j'avais moi aussi mon mot à dire. Tout au long de la procédure de l'ordre, il avait fallu que je me domine malgré ma colère pour garder le silence. La procédure m'avait pour ainsi dire bâillonné.

Les procédures de l'ordre n'affectent pas juste la victime, mais toute sa famille. Une famille, ça peut faire beaucoup de victimes. Je m'étais senti impuissant tout au long du processus, parce que je ne pouvais rien faire pour protéger ma femme. Je n'avais aucun pouvoir, je ne pouvais donc pas

remplir mon rôle comme mari. C'était quelqu'un d'autre qui parlait pour elle et qui était chargé de la défendre à ma place. Nous, on était un peu comme des marionnettes.

Ma femme, qui était après tout la victime, aurait dû pouvoir participer au processus en qualité de partie à part entière, pas juste comme témoin.

Au risque de me répéter, c'était elle la victime!

Quand les gens de l'ordre resserrent les rangs, la seule personne qu'ils défendent, c'est le professionnel. Contrairement à ce qui se passe dans une instance au civil, on ne nous a jamais remis et nous n'avons jamais pu trouver de règles de procédure explicites. Nous avons appris, à nos dépens, que nous ne pouvions pas nous fier aux renseignements que l'ordre nous donnait, même pas pour ce qui est des délais imposés par la loi.

Ils ont feinté et nous ont mis de la poudre aux yeux jusqu'au bout du processus, même après que le thérapeute ait admis qu'il avait abusé de ma femme, mais ils n'ont jamais employé le pouvoir dont ils disposent de révoquer son certificat d'inscription. Ils n'ont rien fait pour l'arrêter le plus vite possible. Ce qu'ils auraient dû faire, c'est le déclarer incompétent. Il fallait lui ôter les moyens de nuire à d'autres personnes.

Nora a remis au groupe d'étude une documentation très complète à l'appui de son récit. Il en ressort que de toute évidence, elle a eu la chance de pouvoir s'appuyer sur un système de soutien bien plus solide que beaucoup d'autres patientes et patients qui se sont confiés à nous. Les observations ci-après que nous a faites sa meilleure amie prouvent tout ce que les personnes dans l'entourage d'une victime font ou peuvent faire pour atténuer les répercussions de la procédure entamée par le dépôt d'une plainte.

La meilleure amie de Nora

Nora est mon amie et j'avais peur qu'elle ne sortirait pas de ce processus vivante. J'ai passé des heures et des heures à essayer de la réconforter et de l'aider. J'ai souvent fondu en larmes après l'avoir quittée, tellement j'avais peur qu'elle mette fin à ses jours. Ça m'a pris un temps fou, mais j'ai finalement trouvé des professionnels assez compatissants pour lui offrir leur aide ou au moins la référer vers des spécialistes. Les officiers de police avaient noté que sa relation avec son thérapeute était consensuelle, quand même moi, qui n'y connais rien dans ces affaires, je peux vous dire qu'il n'en était rien.

Je suis certaine que l'ordre s'est servi de son mandat législatif et de ses politiques internes pour faire croire qu'il agissait dans l'intérêt public, qu'il offrait aux victimes le soutien et l'assistance dont elles ont tant besoin. En réalité, il a toutefois laissé passer plusieurs dates limites imposées par la loi ou prévues dans ses propres politiques, en plus d'avoir manqué à d'autres engagements pris envers mon amie. Je ne me faisais pas d'illusions, il était clair que l'ordre, et en particulier le registrateur, ne se souciait guère de la victime. Au contraire, leurs actions n'ont fait que la miner davantage, surtout celles du registrateur, qui était lui aussi un professionnel et qui minimisait son problème, plutôt que de lui offrir sa protection.

Même envers moi, l'ordre a fait montre d'un grand manque de courtoisie, voire d'une totale indifférence, quand j'ai voulu me renseigner pour savoir pourquoi il n'avait pas respecté certains délais ou certaines dates-limites. Moi, comme Madame Tout-le-monde j'en suis sûre, je m'attendais à ce que l'ordre vienne à la rescousse de quiconque avait finalement trouvé le courage de l'appeler et de signaler un cas de mauvais traitements d'ordre sexuel par un thérapeute. Ce que j'ai appris en voulant aider mon amie, c'est que l'ordre agit toujours pour protéger ses membres et préserver leur réputation.

Le patron de Nora (traduction d'un extrait de sa lettre à l'ordre)

Nora a déjà travaillé pour moi à plein temps et, comme je le disais déjà l'année dernière en réponse à vos questions, c'était une excellente employée, vraiment très méticuleuse. J'aurais besoin qu'elle reprenne son poste à plein temps, mais je ne peux pas, en mon âme et conscience, lui redonner un plein temps tant qu'elle ne sera pas capable de faire un trait sur cette histoire et de se concentrer de nouveau sur son travail.

Il semblerait qu'en ce moment, ce soit elle et elle seule qui porte le fardeau d'essayer de traduire cet homme en justice. Elle consacre des heures à n'en plus finir et Dieu sait combien d'argent de sa propre bourse à pousser des gens comme vous à faire ce qu'il est dans votre devoir professionnel de faire, et sans attendre. Vu que l'identité de ce prédateur vous ont été signalés et que votre rôle est justement de protéger le public contre des comportements tels que le sien, vous aurez des comptes à rendre si jamais il faisait de nouvelles victimes.

La moindre des choses à laquelle je m'attendais de votre part, c'était une suspension de son certificat d'inscription. J'ai l'impression que vous ne voulez pas aller au fond des choses, mais qu'aujourd'hui, vous commencez à saisir la gravité de la situation et à réaliser que ça ne serait pas exactement à votre avantage si la nouvelle se répandait que c'est par votre seul bon vouloir que cet homme continue d'exercer sa profession.

QUELQUES AUTRES TÉMOIGNAGES DE SURVIVANTES

NIKKI

Ça m'a pris dix ans et un argent fou dépensé en thérapie avant de trouver le courage d'appeler l'ordre. C'est après ma rencontre avec les membres du groupe d'étude que j'ai pris ma décision. Je leur avais d'ailleurs dit que si je me décidais à le faire, je leur raconterais par la suite comment l'ordre m'avait traitée.

En juillet 2000, « Nikki » a appelé Marilou McPhedran, la présidente du groupe d'étude. Voici, en traduction, quelques extraits de leur conversation.

Nikki :

J'ai téléphoné au bureau de l'ordre. Une femme m'a rappelée le jour même. Je lui ai parlé pendant plus d'une demi-heure. Elle a pris le temps de m'écouter, elle était prête à répondre à toutes mes questions. C'est moi qui ai mis fin à la conversation parce que je n'avais plus rien d'autre à lui demander.

Elle m'a prévenue de toutes les « difficultés » que j'allais sans doute rencontrer, mais elle n'a pas été entièrement négative, au contraire, elle m'a aussi fait des remarques encourageantes. Je n'ai pas eu l'impression qu'elle voulait me décourager de porter plainte, mais plutôt s'assurer que j'allais prendre ma décision en connaissance de cause. Elle m'a dit « notre rôle, c'est de poursuivre le professionnel en faute. Nous prenons les plaintes comme les vôtres très au sérieux. » D'un autre côté, elle m'a avertie que pendant la procédure, il pourrait sembler que l'ordre prend le parti du membre accusé d'inconduite.

Autre chose qu'elle m'a dit tout de suite, c'est que le traitement des plaintes peut être très long. Elle n'a pas offert de m'envoyer de dépliant ou quoi que ce soit qui m'aurait expliqué la procédure, mais bon, je ne lui en ai pas demandé non plus. Elle m'a dit que d'abord, ma plainte serait examinée par le comité des plaintes. Déjà là, il faudrait que j'attende trois mois pour connaître leur décision, parce que le comité ne se réunit qu'une fois tous les deux mois. Ça pourrait prendre un an avant que ma plainte soit transmise au comité de discipline, si jamais on en arrivait là.

Marilou :

Est-ce qu'elle vous a dit que votre plainte pouvait être rejetée?

Nikki :

Non, elle n'a pas mentionné que le comité pouvait rejeter ma plainte, mais elle a dit que s'il était d'accord que j'avais bien subi des mauvais traitements d'ordre sexuel, l'affaire ferait l'objet d'une audience. Elle a précisé aussi que le comité tiendrait compte des normes d'exercice qui étaient en vigueur à l'époque (quand les mauvais traitements ont eu lieu, il y a plus de dix ans). Là non plus, elle n'a pas offert de m'envoyer les normes en question.

Je n'ai pas demandé si l'ordre avait reçu d'autres plaintes à propos de ce médecin, mais elle m'a mise en attente pendant qu'elle s'assurait qu'il était bien inscrit à l'ordre. Rien n'avait changé dans le ton de sa voix quand elle a repris la ligne.

Marilou :

Que vous a-t-elle dit d'autre quant à la façon dont l'ordre allait procéder?

Nikki :

Elle m'avait dit au début que je devrai donner mon consentement à ce que le médecin remette mon dossier médical à l'ordre et que moi aussi, on m'enverrait une copie du dossier. Quand elle a réalisé que ma plainte portait sur des mauvais traitements d'ordre sexuel, elle a dit qu'elle irait automatiquement au comité de discipline. Elle m'a dit que je n'étais pas obligée d'avoir un avocat, mais que lui, il en aurait un, évidemment. Elle a bien insisté que l'ordre ne pouvait pas me fournir de conseils dans tout ça. Et puis elle a répété que le processus allait être long et difficile. Je lui ai demandé si l'ordre paierait pour une thérapie et sa réponse a été qu'il faudrait d'abord que le médecin soit reconnu coupable; ensuite, je pourrais présenter une demande spéciale, mais c'est l'ordre qui déciderait combien me donner. Elle a tenu à me dire que ce ne serait pas une indemnité ou quoi que ce soit. D'abord, la plainte doit passer devant le comité de discipline, et si le médecin n'est pas reconnu coupable, je n'aurais droit à rien.

Marilou :

Est-ce qu'elle vous informée que si le médecin est reconnu coupable, l'ordre doit obligatoirement révoquer son certificat d'inscription, autrement dit l'empêcher de continuer à exercer sa profession?

Nikki :

Non, pas du tout.

Marilou :

Pensez-vous que vous allez porter plainte?

Nikki :

Je pense qu'elle a été claire et honnête avec moi. Je n'ai pas l'impression qu'elle ait essayé de me duper. Elle m'a dit que quand une plainte officielle est déposée, la procédure se met en marche. J'avoue que tout ça m'a donné à réfléchir et que j'en suis venue à me demander si ce serait vraiment une si bonne idée. Je ne sais pas si j'ai la force de passer à travers tout ça et de continuer à fonctionner normalement. Qu'est-ce que j'ai à y gagner?

Au départ, j'espérais que je pourrais obtenir de l'aide pour ma thérapie, parce qu'elle me coûte tellement cher, et puis aussi, je voulais m'assurer que s'il avait fait du mal à d'autres patientes, ce serait fini une fois pour toutes. Je me disais que si l'ordre pouvait m'aider, ça vaudrait certainement la peine.

Je m'étais demandé si je serais capable de supporter les contre-interrogatoires et le fait que les avocats s'acharneraient sur moi, mais j'avais l'impression que je tiendrais le coup, parce qu'aujourd'hui, je suis plus forte. Ce que je n'arrive pas à déterminer, c'est si ça vaut vraiment la peine. C'est certain qu'il y a 5 ou 10 ans, la question ne se posait même pas, j'étais trop vulnérable. Il m'a fallu tout ce temps pour me remettre d'aplomb. Sur le coup, je me dis qu'il vaut mieux que je ne remette pas tout en jeu. Qu'est-ce que vous en pensez?

BRENDA

Brenda, lors de l'audience publique :

Depuis un an, je vis un cauchemar. Jamais je n'aurais cru me retrouver dans une situation pareille. J'ai été agressée sexuellement par (un professionnel de la santé). Pas plus tard que la semaine dernière, cet homme accueillait encore d'autres patientes, sans que l'ordre n'ait déclenché aucun mécanisme pour surveiller ses activités.

Mes problèmes ont en partie commencé quand je me suis mise en rapport avec la registrateure de l'ordre. La première fois que je lui ai parlé, je l'ai avisée qu'un fournisseur de soins de santé local m'avait agressée sexuellement et que je tenais à ce que l'on fasse quelque chose pour l'empêcher d'agresser d'autres femmes. Je lui ai toutefois dit que je ne voulais pas impliquer la police, j'ai bien insisté là-dessus.

A priori, la registrateure semblait me comprendre et convenir que ma démarche était tout à fait justifiée. Je lui ai décrit, dans les détails, la façon dont le médecin avait abusé de moi. Je lui ait fait savoir que je lui confirmerai ce qui c'était passé, dans une lettre, dès qu'elle me ferait parvenir son engagement, toujours par écrit, qu'elle ne communiquerait pas avec le médecin qui m'avait agressée tant que je ne serais pas prête à donner suite à ma plainte. J'ai rédigé ma lettre et je l'ai remise à ma généraliste… J'avais rédigé ma lettre et je l'avais confiée à ma généraliste; elle est restée dans ses tiroirs, avec le reste de mon dossier, et j'attends toujours une réponse (de la registrateure).

Une fois que je lui avais remis ma lettre, ma généraliste a écrit à la registrateure pour lui apprendre qu'elle connaissait trois autres patientes qui avaient été victimes d'agressions sexuelles par le même médecin. Elle attend toujours que l'ordre daigne même accuser réception de son courrier.

Vu que l'ordre n'avait pas eu la simple politesse de répondre à ma lettre ou à celle de ma généraliste, je n'avais plus d'autre choix que de me soumettre à une enquête policière. Il ne me restait plus d'autre recours moins traumatisant pour atteindre mon objectif, d'empêcher cet homme de répéter ses actes criminels. J'ai donc, bien à contrecœur, fait une déposition à la police. Cette démarche extrêmement pénible m'a coûté plus que je ne saurais vous dire et j'en reste ébranlée jusqu'à ce jour, alors que rien n'a encore été réglé.

J'ai aussi déposé une plainte officielle auprès de l'ordre. Ça m'a valu d'être interrogée par une enquêtrice. Entre temps, j'ai appris qu'elle n'a suivi aucune formation spéciale pour enquêter sur ce genre de plaintes : de formation, elle est infirmière autorisée.

Pire, quand par la suite, j'ai eu connaissance de sa transcription des choses que je lui avais dites, j'en suis restée éberluée : je croyais lire la déclaration d'une autre, tellement elle avait parsemé mes propos de références à d'autres victimes, à d'autres incidents.

J'ai su que le médecin contre lequel j'avais porté plainte avait fait au moins une autre victime après que je l'aie dénoncé à l'ordre, c'est même noté dans les dossiers du tribunal. Cette femme n'aurait pas souffert ce qu'elle a souffert si l'ordre avait appliqué le règlement. Si l'ordre avait fait son devoir il y a six ans, dès la première fois que des soupçons lui avaient été transmis, cet homme n'aurait jamais pu faire en tout 14 victimes.

Je ne m'attendais pas nécessairement à ce que l'ordre révoque une fois pour toutes le certificat d'inscription de ce médecin, mais, naïve comme je suis, je pensais qu'il lui imposerait des restrictions temporaires susceptibles de protéger le public de ce professionnel qu'il avait autorisé à exercer sa profession. Ce sont les tribunaux, et eux seuls, qui ont rendu une ordonnance l'obligeant à la présence d'une tierce personne quand il examine une femme.

Les tribunaux, qui n'ont pas de comptes à rendre à l'ordre, ont reconnu la nécessité d'interdire à cet homme de se trouver seul avec ses patientes et de lui interdire tout contact avec les femmes dont les plaintes ont mené à son inculpation pour agression sexuelle. Cela prouve bien que l'ordre n'a pas les pouvoirs ou la volonté de faire en sorte que tous ses membres respectent et leur serment, et les lois en vigueur. À mon sens, l'ordre n'est guère plus qu'un organisme de relations publiques dont le seul but est de préserver l'image de ses membres aux yeux du public.

Si l'ordre n'intervient pas pour punir une transgression aussi grave que celle dont j'ai été l'objet, il est évident qu'il ne fera rien face à des incidents moins sérieux. J'ai beaucoup de mal à accepter que l'ordre puisse se croiser les bras pendant que des professionnels d'une certaine engeance continuent de jouir des mêmes privilèges que le reste des membres qui, eux, sont fidèles à leur serment d'Hippocrate.

Il semblerait que les procédures de l'ordre relatives aux plaintes et à la discipline n'entrent en jeu que lorsque l'ordre est légalement tenu de les déclencher, et en attendant, la victime qui a déposé une plainte n'a aucun autre recours. Le fait que l'ordre n'impose aucune sanction dans des situations pareilles est ridicule, c'est le moins qu'on puisse dire. J'ai vu d'autres ordres suspendre des membres accusés d'infractions mineures par comparaison, en attendant le règlement d'une plainte. Les agents de police sont souvent démis de leurs fonctions pour ce genre de conduite, pourquoi pas des professionnels de la santé? Il importe que les membres du public connaissent la marche à suivre pour déposer une plainte pour inconduite d'ordre sexuel par une personne membre d'une profession de la santé réglementée.

Il est évident qu'un des meilleurs moyens de mettre fin à l'abus sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé, ce serait que les ordres sévissent systématiquement contre ceux de leurs membres qui se rendent coupables d'agression sexuelle envers une patiente ou un patient, et ce non seulement vite, mais à grand renfort de publicité, de sorte à bien faire comprendre que ce genre de comportement ne sera en aucun cas toléré.

Vous ne pouvez pas savoir à quel point je suis frustrée. Je ne vous dis pas le nombre de fois que je suis passée à côté de son cabinet et que j'ai eu envie de hurler à l'idée qu'il continuait d'y travailler. Quelle insulte! Ça me fait frémir à chaque fois. Et puis il y a les insinuations qui volent de part et d'autres : je vous épargne les détails. Je sais qu'il faut avoir une bonne carapace, ne pas écouter ce genre de sottises. C'est vite dit. Je suis la victime, ces sous-entendus me blessent profondément. Lui, c'est à peine s'il n'est pas béatifié, il peut faire tout ce qu'il veut et marcher la tête haute.

Quand j'avais parlé à la registrateure, je lui avais demandé de but en blanc s'il y avait d'autres plaintes contre lui, s'il avait déjà été reconnu coupable de quoi que ce soit. Non, m'a-t-elle dit, jamais, j'ai même vérifié dans les bases de données, il n'y a rien. C'est en retournant ciel et terre que j'ai finalement découvert qu'il avait déjà fait l'objet d'autres plaintes et quand elle a eu vent du fait que j'étais au courant, la registrateure est carrément devenue hostile envers moi. Elle m'a reproché d'avoir fait des recherches, voulant à tout prix savoir d'où je tenais mon information. Sa colère était palpable. Essentiellement, elle me disait que j'avais fourré mon nez dans ce qui ne me regardait pas.

Le mari de Brenda, Rod, *lors de l'audience publique :*

Je suis fier de dire que cela fait 25 ans que je suis policier. Au cours de ma carrière, j'ai travaillé pendant huit ans aux services d'enquête sur les agressions sexuelles. Comme les situations auxquelles nous devions faire face étaient toujours très délicates, mes collègues et moi, partout au pays,

avions suivi une formation très poussée. Les agentes et agents de police employés dans ces services apprennent à mener des entrevues avec les personnes qui disent avoir subi une agression sexuelle. Par contre, la femme qui a questionné Brenda dans la chambre d'hôtel n'était pas formée à cela et elle n'avait ni caméra vidéo, ni magnétocassette, elle n'a donc rien enregistré. Ce simulacre d'entrevue, sans enregistrement quel qu'il soit, c'était comme la pose d'une bombe à retardement, une façon de laisser au professionnel un meilleur moyen de défense par la suite, devant les tribunaux.

Les gens qui mènent ce genre d'entrevue dans la police savent pertinemment qu'ils doivent obtenir une déclaration inaltérée de la victime. Il faut que la transcription soit fidèle à ce que la victime a dit, mot à mot. Il est hors de question de prendre des notes à la va-vite pendant que la victime décrit les détails les plus intimes de ce qui lui est arrivé, c'est très déconcertant pour la victime de voir quelqu'un gribouiller pendant qu'elle parle. En plus, la transcription ultérieure n'est forcément qu'un ensemble de paraphrases. C'est surtout pour éviter cette situation qu'on utilise les enregistrements audio et vidéo. Ce n'est pas pour confirmer que l'entrevue a bien eu lieu ou que l'agent de police a bien fait son travail, c'est pour ne pas traumatiser la victime une nouvelle fois.

Pour l'instant, seuls les tribunaux se sont prononcés contre cet homme et ont fait quelque chose pour éviter qu'il ne nuise à d'autres patientes. L'ordre n'a encore strictement rien fait. Le médecin aurait le droit de démissionner. Quelle belle façon de sauver la face....

Les professionnels de la santé qui déposent un rapport au sujet d'un membre du même ordre sont vraiment courageux. Ça doit être très difficile de dénoncer un collègue dans une petite ville. Ces gens se côtoient régulièrement, ils se connaissent bien.

La révocation obligatoire du certificat d'inscription d'un professionnel reconnu coupable de violation sexuelle est incontournable si nous voulons que le public continue de faire confiance aux ordres. Les procédures prévoient déjà qu'une telle décision soit prise, mais il semblerait que ce qui se passe vraiment varie d'un ordre à l'autre. Pour notre part, nous avons fait tout notre possible et pourtant, on nous a écartés d'un revers de bras.

Le jour où le tribunal a entendu le témoignage officiel contre cet homme, il a été officiellement inculpé de plusieurs infractions criminelles, et pourtant, l'ordre n'a pris aucune mesure pour protéger le public de ce médecin. L'ordre a interrogé les victimes et n'a toujours rien fait. Je n'arrive absolument pas à comprendre son inaction suite aux inculpations officielles, le fait qu'il n'ait pas pris des mesures temporaires en attendant l'issue du procès. Il n'est pas question ici d'un incident isolé. À l'époque, il y avait au moins neuf autres victimes.

Que cet homme soit ultimement condamné ou non, c'est maintenant une question de droit. Chose certaine, l'ordre ne peut plus en toute bonne foi nier qu'il existe des motifs raisonnables pour lui d'agir, d'abord pour protéger le public, mais aussi pour protéger les autres membres de la profession qui n'ont strictement rien à se reprocher.

Trois mois après nous avoir relaté sa mésaventure, Brenda a repris contact avec le groupe d'étude pour nous faire part d'autres observations concernant la façon dont l'ordre et son avocat ont agi avec elle et les autres victimes.

Brenda :

Ses autres victimes et moi-même avons dû aller en cour pour faire valoir notre cause. Finalement, il a admis devant l'ordre sa culpabilité dans chacune des 14 plaintes. J'étais présente avec d'autres victimes lors de l'audience durant laquelle l'ordre a décidé de révoquer son certificat d'inscription pour cinq ans. Nous aurions enfin dû pouvoir pousser un soupir de soulagement et même nous réjouir, si ce n'avait été de l'attitude très déplaisante de l'avocat de l'ordre à notre égard.

Toute cette histoire continue d'être un cauchemar – on assiste aux scènes les plus bizarres et les plus inattendues. Ça m'a vraiment ouvert les yeux de voir comment ces gens qui encaissent des sommes rondelettes pour s'occuper de nos dossiers nous traitent, nous les victimes. Ils se comportent comme s'ils nous faisaient des fleurs, ils prennent des mois pour répondre à des demandes, des mois pour donner suite à des allégations très sérieuses et des mois encore pour nous rembourser nos dépenses.

Si je n'avais pas moi-même vécu toute cette affaire, si quelqu'un d'autre me l'avait racontée, je ne sais pas si j'aurais pu y croire. Après l'audience de l'ordre, je suis allée voir l'avocat de l'ordre, qui nous avait interrogées, moi et les autres victimes, pour lui dire combien j'avais été déçue par les actions de l'ordre et par le fait que je n'avais pas eu droit d'assister à la séance du comité de discipline durant laquelle le professionnel avait été réprimandé. Une des autres victimes était à mes côtés et nous avons toutes les deux eu la nette impression que l'avocat était agacé. En tous cas, au lieu d'essayer de répondre à nos préoccupations, il m'a rembarrée d'un ton sec en disant « c'est la vie, faut vous y faire », avant de tourner sur ses talons et de s'en aller.

LA NÉCESSITÉ D'UNE CHARTE DES DROITS DES PATIENTES ET DES PATIENTS EN ONTARIO

Plusieurs personnes sont intervenues lors de notre audience publique pour le compte des patientes et des patients, entre autres la psychothérapeute de Janet. Elle a accompagné sa cliente pour nous faire part de leur expérience personnelle et récente de l'audience disciplinaire d'un ordre. Tant Janet que sa psychothérapeute ont souligné le peu d'information distribuée par les ordres quant à leurs procédures et elles ont formulé quelques recommandations que le groupe d'étude a trouvé fort utiles.

La psychothérapeute de Janet :

Je ne savais rien de la procédure qui m'attendait, de son cheminement ni de ses issues possibles, et encore moins des droits de ma cliente, autant d'information dont j'aurais eu besoin pour pouvoir intervenir à bon escient et l'aider à défendre ses intérêts. L'ordre ne nous a rien remis, ni à Janet ni à moi. Oh bien sûr, Janet a eu affaire à un tas de gens au sein de l'ordre, qui lui ont dit ceci ou cela à tour de rôle. On comprendra facilement qu'une personne qui apprend des bribes d'information de la bouche de différentes personnes à différents moments ne sait plus trop à quoi s'en tenir. Je ne peux pas parler à sa place, mais j'ai eu nettement l'impression, en tant que personne de soutien de Janet, qu'elle a entendu plusieurs sons de cloche et que les choses n'étaient pas très claires. À mon avis, dès le départ, quand quelqu'un porte plainte, il faudrait lui remettre des renseignements par écrit qui expliquent bien les droits, les responsabilités et les prérogatives de la plaignante ou du plaignant. Évidemment, je ne parle que pour la plaignante, dans le cas d'un médecin, là j'imagine qu'on lui donne quelque chose par écrit. Enfin, pour revenir à ce que je disais à propos du renforcement des pouvoirs ou des moyens d'action des victimes, il faut que la procédure soit claire pour tout le monde. C'est certain que les actes de procédure peuvent être complexes et qu'un jour ou l'autre, tout le monde peut y perdre son latin, quelles que soient les circonstances, mais personne ne me fera croire que ça va dans le sens de la protection du public que de ne pas l'informer de ses droits.

Les témoignages des patientes et patients et des personnes qui défendent leur cause, comme ceux que le groupe d'étude a pu recueillir, donnent toute son importance à notre recommandation d'adopter sans tarder une solide charte des droits des patientes et des patients en Ontario. Si l'on veut que les lois telles que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ou la ***Loi sur les hôpitaux publics*** régissant les membres des professions de la santé

réglementées et les établissements qui offrent des soins de santé en Ontario soient efficaces et protègent véritablement l'intérêt public, leur modification s'impose de sorte à obliger l'ensemble de ces professionnels et de ces établissements à afficher, partout où ils accueillent leur clientèle, une charte des droits des patientes et des patients et les coordonnées à jour des personnes à contacter en cas de problème.

Les personnes qui nous ont relaté leur expérience nous ont avoué qu'un des éléments qui rendait les choses plus pénibles encore, c'était qu'elles n'avaient qu'une vague idée des ressources et des recours à leur disposition. L'affichage d'une charte des droits des patientes et des patients, présentant des définitions bien claires et des normes de conduite auxquelles souscrivent les professions de la santé dénoterait haut et fort que personne, pas les membres des professions de la santé ni les établissements qui les emploient, pas le gouvernement et encore moins le grand public, ne tolèrera l'inconduite sexuelle et que les professionnels qui s'en rendraient coupables devront répondre de leurs actions.

Les patientes et patients et les personnes défendant leur cause nous ont maintes fois répété qu'il est grand temps de codifier ce à quoi le public peut s'attendre de la part des professionnels de la santé, tandis que les professionnels de la santé nous ont avoué qu'il ne leur était pas facile d'observer la réglementation, car ce qui est attendu d'eux n'est pas toujours évident. Lors de la publication de notre rapport à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario voici neuf ans, nous avions esquissé une forme d'engagement des médecins envers leurs patientes et leurs patients. Nous avions recommandé à l'époque que cet engagement soit imprimé sur une affiche et que celle-ci soit placée bien en vue dans tous les cabinets médicaux et autres établissements de soins de santé, afin d'accélérer les efforts de sensibilisation nécessaires à l'application de la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et des patients (voir en annexe le texte intégral de nos recommandations de 1991).

Notre nouvelle recommandation formulée ci-après souligne la nécessité d'élaborer le plus rapidement possible une charte légale des droits des patientes et des patients, et ce en consultation avec des survivantes et des survivants et des membres des groupes de défense de leurs intérêts ayant une bonne connaissance des droits et du vécu de ces personnes. Mettre des droits noir sur blanc n'en fera pas des droits garantis du jour au lendemain, mais leur énoncé clair et simple contribuera sans aucun doute à une meilleure compréhension entre les professionnels de la santé ou les responsables des établissements qui les emploient et les patientes

ou les patients, voire le public en général, et donc à une amélioration de leurs relations.

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE UN

L'ADOPTION D'UNE CHARTE DES DROITS DES PATIENTES ET DES PATIENTS

RECOMMANDATION 1

1.0 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, suite à des consultations, notamment avec des groupes de défense des intérêts des patientes et des patients et avec les ordres de réglementation des professions de la santé, élabore sans tarder une charte des droits des patientes et des patients, modifie la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en vue de l'y intégrer, et assure sa diffusion à grande échelle par l'intermédiaire de ses propres réseaux d'information du public, de ceux du gouvernement de l'Ontario en général et de ceux des ordres. La charte des droits des patientes et des patients devrait reproduire la définition de « mauvais traitements d'ordre sexuel » établie en annexe 2 de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, contenir le numéro d'un service de renseignements sans frais d'interurbain et expliquer de façon claire et précise comment, en cas de mauvais traitements de cette nature, déposer plainte auprès du centre d'accès du public, dont nous recommandons la création immédiate.

Les membres des professions de la santé réglementées devraient être légalement tenus de voir à ce que la charte des droits des patientes et des patients soit affichée dans tous les locaux où leurs services sont offerts, y compris dans les établissements qui les emploient, le cas échéant. L'enlèvement de la charte des droits des patientes et des patients ou le défaut de l'afficher devrait être passible d'une peine en vertu de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, peine qu'il appartiendrait à l'ordre compétent d'imposer.

1.1 Que les lois et règlements régissant les professionnels de la santé et les établissements de soins de santé en Ontario, notamment la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** et la ***Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario,*** soient modifiés par l'ajout d'une disposition obligeant tous les membres des professions de la santé réglementées, de même que les administratrices ou les administrateurs en chef des établissements de soins de santé, à afficher bien en vue la charte des droits des patientes et des patients, de même que des renseignements à jour sur les

personnes à contacter en cas de problème, partout où des professionnels assurent des soins de santé.

CHAPITRE 2

Les deux priorités : la sécurité publique et l'équité

The Médical Post

CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL

Le projet de loi 100 lèse les victimes sans protéger les médecins

Incorrection ou attitude attentionnée?

Abus sexuels : les groupes d'études sur la sellette

Les soignants qui font du mal : l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario s'en prend aux professionnels qui abusent de leurs patientes

La tolérance zéro entrave même les relations honnêtes

Un groupe d'étude provincial retrace les limites de l'inconduite sexuelle

Combien de médecins ont bien compris les conclusions du groupe d'étude?

La tolérance zéro jette un froid sur le monde médical

'OMA répond aux mesures s visant à éliminer les abus sexuels dans les professions de la santé

AMC, OMA se rangent aux conclusions du rapport sur les abus sexuels

Ontario Medicine

The MEDICAL TIMES

CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL

The Médical Post

CHAPITRE DEUX

Les deux priorités : la sécurité publique et l'équité

NOTRE MANDAT

Le mandat qui a guidé nos travaux et qui est basé sur nos discussions et nos échanges de correspondance avec la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, de même que ses représentantes et représentants, est le suivant :

Enquêter de façon indépendante sur ce qu'ont vécu les victimes d'abus sexuels par des membres de professions de la santé réglementées et sur la perception de ce problème par le public en général, de sorte à formuler des conseils et des recommandations à l'intention du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé et à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre de l'étude quinquennale de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

L'HISTORIQUE DU PRÉSENT RAPPORT

Il y a une dizaine d'années, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario nous avait demandé de former un groupe d'étude en vue de produire un rapport indépendant sur les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé. La publication de ce rapport a donné lieu à l'adoption du projet de loi 100 qui portait modification de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en tenant compte de certaines de nos recommandations et en établissant de nouvelles procédures et règles relatives à la façon de donner suite à ces mauvais traitements et, mieux, de les prévenir.

L'article 3 de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** dit que les particuliers doivent être traités avec sensibilité et respect dans leurs rapports avec les professionnels de la santé, les ordres et la Commission d'appel et de révision des professions de la santé. Cela fait six ans que la loi a été modifiée, mais après avoir entendu les témoignages d'une soixantaine de patientes et de patients et examiné d'autres cas, la conclusion s'impose que cet objectif n'est toujours pas atteint. Notre conclusion est appuyée par quantité de nouvelles recherches, notamment celles de la Dre Susan Penfold,[3] qui nous a

courageusement parlé des mauvais traitements qu'elle a elle-même subis en tant que patiente et qui a bien voulu rédiger l'introduction du présent rapport.

Comme nous le faisions remarquer lors d'une table ronde que nous avions organisée en collaboration avec la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario au printemps dernier, il était hors de question pour nous d'attribuer la faute pour les problèmes systémiques mis en lumière par notre étude à une poignée de personnes peu compétentes ou sans scrupules. Ce que nous visions à dénoncer, ce sont les procédures en place au sein des ordres depuis des années.

Les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ne sont tout simplement pas suffisants pour satisfaire l'intérêt public. Notre groupe d'étude a tenté de voir si, en admettant que toutes ses dispositions soient en fin de compte **rigoureusement** appliquées, la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** pourrait constituer une base solide pour la réforme des procédures des ordres, ou si au contraire la loi actuelle est viciée au point qu'il serait contraire à l'intérêt public qu'elle continue de servir de base à l'auto-réglementation des professions de la santé.

LA QUESTION FONDAMENTALE

En tant que groupe d'étude, nous devons situer notre évaluation de ces procédures par rapport à l'intérêt public en rappelant qu'aussi nécessaire que soit l'étude entamée de son côté par le CCRPS, elle est décrite comme étant une « ***étude quinquennale de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ». Or, bon nombre d'ordres disent n'avoir jamais traité de plainte aux termes de cette loi. À l'évidence, même de nos jours, les plaintes contre des professionnels de la santé portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel sont très souvent traitées en application de « l'ancienne » loi, la ***Loi sur les sciences de la santé***.

Nous sommes bien conscients du fait que les ordres font parfois face à de sérieuses contraintes budgétaires, et nous sommes même prêts à admettre que certaines règles de procédure établies dans le ***Code des professions de la santé*** annexé à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ne sont pas applicables aux plaintes portant sur des cas de mauvais traitements d'ordre sexuel survenus avant l'entrée en vigueur de la loi actuelle, en 1994. Là où nous ne sommes plus d'accord, c'est avec l'argument que « l'ancienne » loi a sérieusement entravé la capacité des ordres d'appliquer les nouvelles règles de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** visant la tolérance zéro. Ce n'est par exemple pas seulement aux termes de la

« nouvelle » loi, mais déjà aux termes de « l'ancienne », que la possibilité a été donnée aux comités de discipline et aux dirigeants des ordres de révoquer, à leur gré, le certificat d'inscription d'un membre reconnu coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Selon nous, les registrateurs et les membres du personnel des ordres, leurs conseils, leurs comités des plaintes et de la discipline, sans oublier leurs avocates et avocats — qui assument les uns comme les autres une part de responsabilité quant à la qualité des soins fournis par les membres de leur ordre — auraient très bien pu, même sans y être légalement tenus, exercer leur pouvoir discrétionnaire d'appliquer plus souvent les règles établies par la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** aux cas de mauvais traitements d'ordre sexuel survenus depuis 1994.

Individuellement et collectivement, les personnes responsables des procédures des ordres ont choisi, maintes et maintes fois, de ne pas appliquer pleinement toutes les protections que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** offre aux Ontariennes et aux Ontariens ou d'ignorer l'objectif de la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé. En conséquence, la question s'impose : « Quels sont les intérêts servis par une telle attitude? »

LA TOLÉRANCE ZÉRO COMME NORME DE PROTECTION

Le rappel des faits

En 1991, il nous avait été possible de nous pencher sur les dossiers de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et de prendre connaissance des décisions rendues dans divers cas. Nous avions aussi recueilli et analysé plus de 300 mémoires de patientes et de patients, alors qu'à l'époque, très peu de recherche avait été faite sur le sujet. L'accès direct à toutes ces données était à la clef de notre résolution d'enjoindre l'ordre à la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel de patientes et de patients par des professionnels de la santé dans notre recommandation reproduite ci-après, telle qu'adoptée par le conseil de l'OMCO en mai 1991, puis par la Ontario Hospital Association :

[Traduction]

« Que le conseil de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario adopte une motion ayant pour effet de confirmer son engagement à protéger la sécurité du public par l'adoption de la tolérance zéro comme norme relative aux mauvais traitements d'ordre sexuel et que conformément à cet engagement, il élabore des politiques, des procédures, des pratiques et des programmes d'éducation allant dans le sens du respect de cette norme. » (The Independent Task Force on Sexual Abuse of Patients, 1991)

Avant la promulgation de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** en 1994, les effets des procédures des ordres pour les patientes et les patients avaient fait l'objet d'une évaluation :

[Traduction]

« Les mauvais traitements sont toujours minimisés et les plaignantes sont soumises à un examen minutieux de leurs faits et gestes qui ne fait que rappeler et aggraver ce qu'elles ont déjà subi. Les plaignantes se voient aussi très souvent dire, arbitrairement, que leurs plaintes ne sont pas fondées : la probabilité qu'une procédure disciplinaire soit déclenchée contre un membre d'une profession de la santé est minime. Les plaintes sont accueillies avec incrédulité et dans les rares cas où du crédit est accordé à la teneur d'une plainte, c'est pour banaliser ce qui s'est passé. La réaction des comités de discipline, voire des tribunaux, aux plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé est teintée des mêmes idées préconçues que se voient opposer les victimes d'un viol. On reproche à la plaignante de n'avoir pas su se tirer d'affaire et ses antécédents sexuels sont utilisés pour la discréditer. Les plaintes sont qualifiées de fausses accusations, les plaignantes sont ridiculisées en disant qu'elles confondent thérapie et agression sexuelle et la vulnérabilité des victimes, d'abord exploitée par le professionnel, est ensuite utilisée pour tourner leurs plaintes à la dérision.

La santé mentale des plaignantes est mise en doute et leurs dossiers psychiatriques leurs sont opposés comme des tares. Le professionnel de la santé mis en accusation, lui, est traité avec le plus grand respect et présenté comme un parangon de dévouement à sa clientèle, la psychiatrie étant invoquée dans son cas pour le défendre, démontrer qu'il n'est pas le type de personne qui infligerait des mauvais traitements à qui que ce soit. »[4]

Plus de cinq ans après la promulgation de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, notre groupe d'étude a reçu une lettre détaillée d'une personne qui œuvrait déjà depuis des années à la défense des intérêts des patientes et des patients. On y lisait entre autres ceci :

[Traduction]

« De mon expérience, il n'y a guère d'uniformité d'un ordre à l'autre pour ce qui est de leurs procédures de traitement des plaintes, d'enquête ou de poursuite lorsque les accusations portent sur des mauvais traitements d'ordre sexuel. ...les victimes de ce type de traitements par des professionnels de la santé sont régulièrement soumises à des interrogatoires traumatisants, terriblement indiscrets et surtout très humiliants qui, sauf exception, ne sont jamais contrés. »[5]

Une nouvelle forme d'auto-réglementation

Afin de pouvoir rassembler les données dont nous avions besoin pour pouvoir répondre aux questions qui nous avaient été soumises, nous avons organisé, aidés de la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario, une table ronde avec des représentantes et des représentants des ordres de réglementation des professions de la santé. Le questionnaire que nous avons diffusé aux ordres en préparation à cette table ronde est joint en annexe III. Pendant ce temps, le CCRPS avait de son côté entamé des analyses précises sur les procédures et les programmes des ordres, mais le groupe d'étude n'a dans l'ensemble pas eu accès aux données s'y rapportant.

Plusieurs ordres nous ont fait parvenir les mémoires qu'ils avaient remis au CCRPS et nous avons pu en récupérer d'autres sur le site web de ce dernier.

À la lecture de ces mémoires, nous leur avons vite trouvé deux points communs, à savoir une préoccupation avec les contraintes budgétaires, alliée à un sentiment de redondance, constatation qu'ont renforcé nos discussions avec les représentantes et représentants des ordres lors de notre table ronde en mai 2000. Nous n'étions pas sans réaliser la situation délicate dans laquelle nos discussions plaçaient nos interlocuteurs et interlocutrices, vu que nous leur demandions essentiellement de l'information qu'ils avaient déjà impartie au CCRPS, mais que celui-ci avait lui-même estimé ne pas pouvoir nous transmettre.

En juin dernier, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous a demandé, par lettre, de ne plus prendre contact avec aucun des ordres.

Notre recommandation 3, qui appelle une modification de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant la création d'un nouvel organisme de service central, plus exactement un centre d'accès du public commun à l'ensemble de ces professions, découle directement des renseignements que nous ont fait parvenir les patientes et patients et les personnes qui défendent leur cause, les ordres et le CCRPS.

Nous n'avons pas l'ombre d'un doute que le maintien du statu quo ne ferait rien pour améliorer l'auto-réglementation ni pour servir l'intérêt public. À notre avis, la seule façon de préserver les pouvoirs d'auto-réglementation avec crédibilité est de mettre fin à la situation actuelle, à savoir que 21 ordres différents — dont certains n'ont aucune expérience préalable avec cet aspect de leur mandat — représentent le premier point de contact avec des services d'accueil, de soutien et autres pour les personnes voulant porter plainte contre un professionnel ou une professionnelle de la santé pour mauvais traitements d'ordre sexuel. Notre conviction est renforcée par les nombreux mémoires que les ordres ont présenté au CCRPS et dans lesquels ils réitèrent qu'à leur avis, la mise en œuvre de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** menace d'épuiser leurs ressources. Or, un centre d'accès centralisé offrant des services coordonnés serait une façon de mieux canaliser les ressources disponibles vers la représentation des patientes et des patients et la sensibilisation des professionnels, l'éducation du public et la mise en place d'une procédure de traitement des plaintes susceptible d'agir comme catalyseur pour la prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients. Un tel centre d'accès pourrait travailler **avec** les ordres, aux termes d'un mandat commun, en

vue de préparer les personnes siégeant aux conseils des ordres à effectuer leur contrôle par les pairs et à rendre des décisions basées sur une bonne connaissance de la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel.

QUI ENTRE DANS LES STATISTIQUES?

La lecture de l'ouvrage classique de Judith Herman, ***Trauma and Recovery*** (paru en 1992) et du texte de la Dre Susan Penfold, ***Sexual Abuse By Health Care Professionals*** (publié en 1998) devrait à notre sens être impérative pour l'ensemble des professionnels de la santé. À l'issue d'une profonde réflexion et d'une riche analyse, les deux auteures en viennent à la même conclusion quant à nos réactions face aux mauvais traitements intentionnellement infligés par des êtres humains à d'autres. Elles évoquent toutes deux notre refus quasi unanime d'admettre, individuellement ou en tant que société, le caractère répandu et l'impact de la violence, y compris les mauvais traitements d'ordre sexuel. Elles soulignent l'une comme l'autre le fait que les personnes qui infligent des mauvais traitements d'ordre sexuel à d'autres font tout leur possible pour contribuer au déni collectif de leur gravité et de leur fréquence. Ce phénomène s'applique aussi à l'abus sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé. Nous avons reproduit en annexe à ce rapport, avec l'aimable autorisation de son éditeur, le texte intégral de la postface de l'ouvrage de la Dre Herman, ***"The Dialectic of Trauma Continues"***.

[TRADUCTION]

« La conscience publique s'arrête parfois sur le souvenir d'incidents des plus horribles, sans jamais guère s'y attarder. Le déni, la répression et la dissociation opèrent tant au niveau social qu'individuel. » (d'après Judith Herman, ***Trauma and Recovery***, 1997, à la page 2)

Pendant le déroulement de nos travaux, divers membres des professions de la santé ont tenté de remettre en question l'étendue du problème de l'abus sexuel des patientes et des patients. Nous avons souvent été confrontés à des personnes habitées de l'intime conviction que les cas confirmés d'abus sexuels au sein de leur profession sont le fait de « quelques brebis galeuses » et que l'auto-réglementation des professions de la santé fonctionne très bien, merci. Nous ne sommes pas d'accord. Ceci étant dit, nous tenons à souligner qu'à notre avis, il serait injuste et peu réaliste de s'attendre à ce que les ordres et eux seuls trouvent une solution à ce problème. La société tout entière doit partager cette responsabilité et nous estimons que l'instauration d'un mode d'auto-réglementation plus coopératif et convivial serait la meilleure façon de procéder – dans l'intérêt public.

Quantifier la fréquence des abus sexuels commis par des professionnels de la santé a bien sûr son utilité, à condition

toutefois que la compilation de chiffres ne détourne ni notre attention, ni les ressources à notre disposition de notre devoir de réparer le tort déjà causé à des milliers d'Ontariennes et d'Ontariens qui vivent avec les séquelles débilitantes de cette forme d'exploitation. Nous avons déjà recueilli assez de chiffres pour savoir que nous avons affaire à un problème de santé publique qui est réel, qui est grave, et qui touche des centaines de milliers de personnes. Nous avons aussi vu assez de chiffres pour pouvoir dire que nous devons prendre des mesures de réparation et de prévention – et sans plus attendre.

LES ÉTUDES SUR LA FRÉQUENCE DU PROBLÈME AU CANADA

L'analyse des chiffres avancés

Nous avons pris connaissance de la littérature sur l'abus sexuel des patientes et des patients par des médecins.[6] Nous avons aussi analysé 13 rapports d'étude publiés entre 1973 et 1997. Douze de ces études, axées sur des échantillons de médecins, avaient examiné la fréquence des contacts sexuels avec des patientes et des patients déclarés par les médecins; deux mesuraient la fréquence des abus sexuels d'après les déclarations des victimes; enfin, une des treize études examinait le problème sous ces deux angles.

Les taux de contacts sexuels tels que déclarés par les médecins eux-mêmes allaient de 0 p. 100 (internes en psychiatrie au Canada, en 1991) à 13 p. 100 (médecins aux États-Unis, en 1973). Ces chiffres ne sont toutefois pas entièrement fiables. Ils sont basés sur des déclarations volontaires des intéressés et nous savons, d'après d'autres analyses, que les personnes coupables d'infractions d'ordre sexuel tendent à largement sous-estimer le nombre de fois qu'elles sévissent. De plus, compte tenu des taux de participation aux enquêtes sur lesquelles ces études sont basées, situés entre 19 et 78 p. 100, il est fort possible que les répondants ne soient pas représentatifs de la profession médicale en général. On est en particulier en droit de penser que les taux les plus faibles ne reflètent pas la réalité, vu que les médecins qui se savent coupables d'abus sexuels risquent d'être moins portés à répondre à ce type de questionnaire.

Il existe par ailleurs des raisons de penser que les actes dont les médecins ont tenu compte lors de leurs déclarations d'abus sexuels ne correspondent pas à la définition de ce type d'abus que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) utilise aujourd'hui. Dans une étude portant sur les gynécologues-obstétriciens canadiens effectuée en 1994, par exemple, Lamont et al[7] ont constaté que 10 p. 100 des personnes parmi leur échantillon disaient connaître un collègue qui avait une

relation sexuelle avec une de ses patientes, mais 23 p. 100 disaient être au courant d'un collègue qui avait une relation qui serait aujourd'hui, d'après l'OMCO, qualifiée d'incorrection sexuelle, de transgression sexuelle ou de violation sexuelle. Il convient de noter que toutes ces études demandaient aux répondantes et répondants d'indiquer s'il leur était jamais arrivé d'avoir un « contact d'ordre sexuel » avec une patiente ou un patient (contact qui était défini de différentes façons d'une étude à l'autre).

Le première enquête sur le harcèlement et les abus sexuels des patientes par des médecins ontariens remonte à 1991. Effectuée par le Dr Earl Berger et associés à la demande de l'OMCO, ses résultats avaient parus sous forme d'un Sondage Santé Canada.[8] À cette occasion, 549 Ontariennes, soit 7 p. 100 des femmes qui avaient participé à l'enquête, ont dit qu'il leur était déjà arrivé qu'un médecin les regarde de façon indécente ou leur adresse des remarques d'ordre sexuel, tandis que 2 p. 100 ont dit avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel sous forme de contacts physiques. En tout, 8 p. 100 ont dit avoir fait l'expérience de l'un ou l'autre de ces comportements, voire les deux.

D'après les chiffres publiés dans le Sondage Santé Canada, les femmes qui étaient les plus nombreuses à répondre qu'un médecin leur avait déjà infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel étaient celles qui avaient fait des études universitaires. En effet, 12 p. 100 de ce sous-groupe de répondantes ont dit qu'un médecin les avait déjà regardées de façon indécente ou leur avait adressé des remarques d'ordre sexuel, 4 p. 100 ont dit avoir eu un contact d'ordre sexuel avec un médecin et 15 p. 100 ont dit avoir fait l'expérience de l'un ou l'autre de ces comportements, voire les deux. Le Dr Berger est d'avis que le chiffre de 15 p. 100 est plus proche de la réalité pour ce qui est de la fréquence avec laquelle les médecins commettent des abus sexuels.

Au début de notre mandat, les membres du groupe d'étude savaient qu'il existait une enquête, la seule à ce jour, dont les questions avaient été axées sur l'ensemble des professionnels de la santé, pas juste les médecins. Menée à la demande du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) en 1999 par Pricewaterhouse Coopers, cette enquête se penchait sur les comportements ou les remarques d'ordre sexuel et sur les attouchements ou contacts d'ordre sexuel d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé dont les femmes et les hommes en Ontario avaient pu faire l'expérience entre 1994 et 1999. Elle formait l'un des volets d'une évaluation des procédures relatives aux plaintes et à la discipline appliquées par les ordres de réglementation des professions de la santé pour donner suite à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel. Le CCRPS avait avisé le groupe d'étude qu'il ne pouvait pas lui communiquer le

rapport de l'enquête en question, mais il a accepté de rencontrer plusieurs d'entre nous en avril de cette année pour nous faire part des principales conclusions que Pricewaterhouse Coopers y avait tirées. Suite à une demande d'accès à l'information, nous avons finalement pu prendre connaissance de l'intégralité des données relatives à cette enquête un peu plus tard, en août.

Nous avons appris du CCRPS, toujours en août, dans une lettre que nous adressait son président, que [TRADUCTION] « d'après l'enquête en question, un pour cent des répondantes et des répondants ont, entre 1994 et 1999, fait l'expérience d'un contact ou d'un attouchement d'ordre sexuel par une personne membre d'une profession de la santé et deux pour cent ont été la cible d'un comportement inconvenant ou de remarques déplacées – chiffres inférieurs aux taux publiés dans le rapport de 1991 pour les femmes seulement ».

Nous tenons à formuler une mise en garde contre toute conclusion trop hâtive concernant la baisse du taux d'abus sexuels des patientes et des patients par les professionnels de la santé, toutes catégories confondues, basée sur ladite enquête du CCRPS. Bien qu'elle représente une tentative tout à fait louable d'examiner la fréquence des abus sexuels par les membres des 23 professions de la santé en Ontario, cette enquête a fini par porter sur un échantillon de taille bien plus réduite que prévu au départ (environ 640 répondants et répondantes). Or on compte en Ontario plus de 22 000 médecins inscrits auprès de leur ordre et plus de 144 000 infirmières ou infirmiers, infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés inscrits auprès de l'Ordre des infirmiers et infirmiers de l'Ontario.[9] S'ajoutent à cela 21 autres professions de la santé réglementées soumises à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***. L'échantillon très restreint ayant servi à l'enquête du CCRPS justifie à lui seul une interprétation prudente des résultats de celle-ci, vu qu'il exclut les membres de tant de professions. La comparaison faite par le CCRPS entre son enquête et celle publiée en 1991 dans Sondage Santé Canada est aussi d'un mérite incertain.

L'enquête publiée dans Sondage Santé Canada en 1991 a en effet révélé un taux nettement plus élevé de femmes maltraitées, mais ses chiffres reflétaient leur expérience de leur vivant, pas juste au cours des cinq années antérieures à l'enquête. Cette différence à elle seule pourrait déjà expliquer une partie de l'écart entre les chiffres relevés et peut donner à penser que la situation s'est améliorée.

Si nous nous en fions toutefois aux constations de Berger[10] pour ce qui est de la déclaration des mauvais traitements d'ordre sexuel, il est permis de penser que les taux rapportés dans l'enquête de

Pricewaterhouse Coopers sont comparables à ceux du Sondage Santé Canada et d'autres enquêtes préalables. Nous en sommes venus à conclure (1) que le nombre de personnes ayant fait des études postsecondaires ou se situant dans la tranche d'âge de 25 à 44 ans qui disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel est environ deux fois plus élevé que la moyenne et peut tourner autour de 4 p. 100 et (2) que ce taux est également représentatif du vécu de personnes plus âgées.

Si l'on admet que le chiffre de 4 p. 100 est une estimation raisonnable de la proportion d'hommes et de femmes qui ont, en Ontario, subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé cours des cinq dernières années, l'abus des patientes et des patients prend une dimension considérable. Notre province compte une population de 10 millions de personnes. Si l'on suppose qu'environ 8 millions de personnes étaient représentées dans cette récente enquête (car les enfants en étaient exclus), il n'est en rien exagéré, eu égard au nombre d'incidents qui n'ont sans doute jamais été déclarés, d'estimer à plus de 200 000 le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ayant subi des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé dans les cinq années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***.

À notre avis, ces données confirment sans conteste que l'abus sexuel par les professionnels de la santé est un problème **majeur**. Elles ne sont que plus troublantes si l'on compare le nombre estimé de 200 000 victimes au peu de plaintes que les ordres ont reçues pendant la même période.

Au vu des données disponibles, la conclusion s'impose que les mauvais traitements d'ordre sexuel par les professionnels de la santé restent un important problème pour la sécurité publique, surtout si l'on considère qu'abus sexuel signifie abus de confiance et que l'impact d'un tel abus est des plus profonds. Nous ne pouvons plus nier la gravité ni le caractère généralisé des mauvais traitements d'ordre sexuel, et encore moins l'insuffisance des moyens que nous leur opposons.

LE CENTRE D'ACCÈS DU PUBLIC AUX PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

La nature même de ce type de mauvais traitements d'ordre sexuel **complique** tant leur mise en lumière que leur élimination. C'est un fait que notre société ne doit pas perdre de vue au moment de concevoir ou d'évaluer des systèmes visant à contrer ce problème.

Nos travaux antérieurs nous ont permis de cerner plusieurs facteurs interactifs inhérents à la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé qui entravent dans une large mesure le dépistage des coupables, l'évaluation de la gravité de la faute commise et l'imposition de mesures disciplinaires appropriées. Ces facteurs sont :

- le déni par la victime, caractéristique de la réaction à tout type d'abus sexuel;
- les sentiments de complicité, nourris par la personne coupable des mauvais traitements ou autrement ressentis par la victime;
- le surcroît de honte, le doute de soi-même et le sentiment de privation qui naissent lorsque l'abus sexuel implique un abus de confiance;
- des facteurs systémiques, comme par exemple le sentiment répandu que l'ordre auquel appartient la personne coupable lui sera immanquablement solidaire;
- l'effet traumatisant des procédures d'enquête;
- d'autres facteurs propres à la personne coupable, comme par exemple sa tendance à dénier les faits.

Il est impératif que ces facteurs soient pris en considération lors de la conception ou de l'évaluation de tout système visant à éliminer l'abus sexuel des patientes et des patients par des professionnels de la santé.

Nous devons prendre conscience de **toutes** les façons dont ces entraves infiltrent le système et nous y attaquer vigoureusement et rigoureusement. En effet, faute de réussir à faire en sorte que les victimes portent plainte, nous ne saurons jamais qui parmi les professionnels de la santé inflige des mauvais traitements à ses patientes ou patients et, a fortiori, nous ne pourrons pas mettre ces personnes hors d'état de nuire. Chaque fois qu'une patiente ou un patient voit sa plainte déboutée par un ordre d'entrée de jeu, chaque fois qu'une personne abandonne une plainte en cours de route, le nombre de plaintes s'en trouve réduit, mais pas pour autant le véritable problème.

Il importe de rendre le processus plus sensible aux plaignantes et aux plaignants, pas juste pour leur témoigner plus de compassion, mais pour faire en sorte que le système fonctionne bien comme il est supposé le faire. Il nous semble à cet égard utile de rappeler ci-après quelques observations glanées dans des mémoires présentés au CCRPS en 1999.

Le système est parsemé d'écueils pour les plaignantes et les plaignants, d'autant plus sérieux qu'ils ne sont pas toujours visibles. D'après l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario, la

structure de financement mise sur pied par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, associée à un manque d'uniformité au niveau de la formation, a pour effet d'exacerber, plutôt que d'aplanir, les différences entre les membres du public et les membres des professions de la santé qui siègent aux conseils des ordres.

Dans le même esprit, l'Ordre des technologues dentaires de l'Ontario estime que le ministère pourrait nettement renforcer l'efficacité et la responsabilité des ordres s'il fournissait aux membres du public appelés à siéger aux conseils de ces derniers une formation accrue en qualité et en quantité concernant leurs responsabilités législatives et celles de leurs ordres. L'Ordre des technologues dentaires de l'Ontario est par ailleurs d'avis que la mise sur pied d'un programme de formation commun serait de loin préférable au manque d'homogénéité actuel en matière de formation. L'Ordre des physiothérapeutes se range à cet avis et recommande pour sa part que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée offre une formation appropriée à l'ensemble des personnes, membres d'une profession réglementée ou autres, tenues de faire des rapports obligatoires conformément à l'article 85.5 du ***Code***.

Il ressort clairement de nos discussions que le personnel de certains ordres de réglementation, même s'il saisit bien la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel, ne mesure pas à leur juste valeur le rapport de force déséquilibré caractéristique de ces situations, ni l'étendue du préjudice que peuvent subir les victimes de ces traitements. Il ressort tout aussi clairement de l'intense indignation et de la colère exprimées par les victimes qui ont porté plainte que le personnel de certains ordres — parfois même leur registrateur — n'affiche pas toujours les compétences ni la compassion nécessaires pour aider ces personnes à faire face à ce qui leur est arrivé et donc s'acquitter de son devoir professionnel.

Le centre d'accès du public dont nous recommandons la création serait mieux équipé pour organiser de façon prioritaire, de concert avec les ordres, des activités d'éducation et de formation cohérentes et adaptées au problème. Il convient noter que depuis plus de cinq ans, les ordres sont déjà censés assurer l'éducation et la formation de leurs membres. En effet, la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prescrit la mise sur pied par les ordres de comités des relations avec les patientes et les patients chargés de prendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et des patients, ou à traiter de ceux-ci. La loi précise que ces mesures doivent porter sur :

a) les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;

b) les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patientes et leurs patients;

c) la formation à donner au personnel de l'ordre;

d) la communication de renseignements au public.

Nous avons malheureusement constaté que les ordres ne se conforment pas tous à cette obligation légale. Au sein de l'un des ordres comptant le plus grand nombre de membres, le comité des relations avec les patientes et les patients n'a pleinement assumé ses fonctions que l'an dernier.

On retrouve des dispositions similaires dans une loi de l'Île-du-Prince-Édouard, ***An Act to Amend the Medical Act, 1997***. L'article 38.5 de cette loi stipule en effet lui aussi que le conseil d'un ordre doit mettre sur pied un programme permanent visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à traiter de ceux-ci et que ce programme doit prévoir, d'une part, la formation obligatoire des médecins sur les questions de droit, les comportements inacceptables, les signes avertisseurs et les méthodes de prévention et, d'autre part, la publication de lignes directrices relatives à la conduite que les médecins doivent adopter avec leurs patientes et patients pour éviter tout abus.

Il est indispensable que les personnes qui siègent aux conseils et aux divers comités des ordres, qu'il s'agisse de professionnels de la santé ou de simples particuliers, bénéficient d'une éducation et d'une formation uniforme et adéquate portant sur tous ces domaines, pour toutes les professions. C'est pourquoi nous recommandons d'en confier le soin au centre d'accès du public.

LE TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES PLAINTES GRÂCE AU CENTRE D'ACCÈS DU PUBLIC

Plusieurs ordres,[11] à savoir l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des massothérapeutes de l'Ontario, l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, l'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario, l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario et l'Ordre des technologues dentaires de l'Ontario, ne se cachent pas pour dire qu'ils ont souvent du mal à se conformer à l'exigence de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** voulant qu'ils statuent sur une plainte dans les 120 jours qui suivent son dépôt. Les patientes et les patients qui nous ont relaté leur expérience lors de notre audience publique ou d'une audience privée ont aussi exprimé leur désarroi devant cette incapacité des ordres à régler les plaintes dans ce laps de temps. Voici à titre d'exemple la traduction d'un extrait tiré

d'observations qu'une patiente nous a présentées lors d'une audience privée :

La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées devrait rendre exécutoire le délai prévu pour statuer sur une plainte, et elle devrait fixer un délai pour interjeter appel d'une décision. Il faudrait aussi faire quelque chose pour remédier au fait que la plupart des plaignantes et des plaignants ignorent que la loi prévoit déjà un délai pour statuer sur leur plainte et qu'elle leur donne le droit de saisir la Commission d'appel pour lui demander de faire en sorte que leur plainte soit réglée. Dans notre cas, le comité des plaintes n'a rendu sa décision que quinze mois après le dépôt de notre plainte. Nous avons porté sa décision en appel. La procédure d'appel, elle, s'est étendue sur trois ans et cinq mois!

Le jugement ci-après, rendu dans l'affaire ***McIntosh v. the College of Physicians and Surgeons of Ontario***, souligne bien la nécessité de veiller au respect des délais dans le traitement des plaintes.

[TRADUCTION]

« L'article 26 de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées confère au conseil le pouvoir explicite de proroger les délais prévus par la loi, et en particulier le délai prévu au paragraphe 28(1) du Code de statuer sur les plaintes dans les 120 jours qui suivent leur dépôt. Les registrateurs des ordres n'ont pas ce pouvoir. Malgré le fait qu'il n'était pas légalement habilité à proroger quelque délai que ce soit et qu'aucune demande de prorogation n'avait été présentée au conseil, le registrateur a toutefois permis qu'il ne soit statué sur la plainte que plus de dix fois plus tard que prévu par la loi. S'il est vrai que la loi, contrairement à d'autres régissant des procédures de traitement des plaintes, n'est pas exactement " truffée " de dates limites, il est évident en lisant ses dispositions que l'intention du législateur était qu'il soit statué sur les plaintes avec célérité. »[12]

Le groupe d'étude recommande la création d'un centre d'accès du public commun à l'ensemble des professions de la santé, de même que la mise sur pied d'une équipe de surveillance du CCRPS, voyant là deux mécanismes essentiels à une amélioration de cette situation. Il est évident que certains des ordres sont eux-mêmes favorables à une accélération du traitement des plaintes et apprécient l'utilité des processus de révision. L'Ordre des thérapeutes respiratoires, par exemple, préconise l'instauration de nouveaux mécanismes susceptibles d'appuyer l'auto-réglementation des ordres, tels que des évaluations statutaires continues par le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, associés à une meilleure définition des fonctions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Dans un ouvrage réédité dernièrement, Richard Steinecke — un avocat qui se spécialise dans cette branche du droit administratif — remarque ceci : [TRADUCTION] ***« Il est rare que les ordres statuent sur les plaintes en l'espace de 120 jours. Or, il est de la plus haute importance dans l'intérêt public que les comités de discipline entendent les plaintes le plus rapidement possible. »***[13]

LA PUBLICATION DE RAPPORTS ANNUELS

Exiger la publication de rapports annuels serait tout ce qu'il y a de plus simple et présenterait de nombreux avantages. Nous tenons encore une fois à donner en exemple à cet égard l'article 38.5 de

la loi de l'Île-du-Prince-Édouard évoquée plus haut, ***An Act to Amend the Medical Act, 1997,*** selon lequel le conseil d'un ordre doit mettre sur pied un programme permanent visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à traiter de ceux-ci qui doit prévoir, entre autres, la présentation, au cours des cinq années qui suivent le lancement du programme, d'un rapport annuel concernant le nombre et la nature des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel déposées à l'ordre, les enquêtes menées sur ces plaintes et les mesures disciplinaires prises à l'issue de celles-ci, le cas échéant.

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE DEUX

L'APPLICATION DE LA TOLÉRANCE ZÉRO

RECOMMANDATION 2

2 Que la tolérance zéro quand il s'agit de mauvais traitements d'ordre sexuel de patientes et de patients par des professionnels de la santé reste le principe directeur absolu de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'ensemble des politiques et des pratiques visant à éliminer ce type de comportement.

La ministre de la Santé et des Soins de longue durée, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario, les ordres individuels et les établissements de santé devraient par ailleurs suivre l'exemple de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comme de la Ontario Hospital Association et appliquer officiellement la tolérance zéro face aux mauvais traitements d'ordre sexuel lors de l'élaboration de leurs politiques et de leurs procédures d'auto-réglementation visant à protéger le public. Les études de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** devraient tout particulièrement évaluer la mise en œuvre de cette nouvelle norme de protection du public.

LE NOUVEAU CENTRE D'ACCÈS DU PUBLIC

RECOMMANDATION 3

3 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant la création d'un organisme de service central, un centre unique qui pourrait, d'une part, renseigner le public sur toutes les professions de la santé réglementées et, d'autre part, aider les ordres compétents à traiter les plaintes relatives à des mauvais traitements d'ordre sexuel en assumant les responsabilités suivantes :

a) accueillir les plaintes des patientes et des patients aux termes de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** mener une enquête pour confirmer leur fondement, puis décider si oui ou non elles devraient faire l'objet d'une audition par un sous-comité d'un comité de discipline tel que prévu par la loi;

b) traiter promptement les plaintes relatives à des mauvais traitements d'ordre sexuel, à plus forte raison si des poursuites au civil ou au criminel ont également été entamées contre le professionnel ou la professionnelle de la santé visé par la plainte;

c) assurer l'information des patientes et des patients et d'autres membres du public, et notamment leur donner accès à une base de données provinciale des plaintes déposées et des poursuites pour mauvais traitements d'ordre sexuel entamées contre des membres des professions de la santé réglementées en Ontario, avec des possibilités de liens vers des données nationales et internationales;

d) offrir des services de soutien et d'intervention aux patientes et patients qui disent avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'une personne membre d'une profession de la santé, réglementée ou non, en Ontario, et notamment apporter un soutien financier aux personnes et aux groupes qui défendent leur cause;

e) organiser, en collaboration avec des ordres de réglementation des professions de la santé, des établissements d'études post-secondaires et des groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, des programmes, tant dans le contexte de la formation préprofessionnelle que de l'éducation permanente, visant à éliminer les mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé;

f) mettre sur pied une formation préalable obligatoire pour les membres des conseils des ordres appelés à statuer sur des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel faisant l'objet d'une audience disciplinaire;

g) offrir aux membres du personnel des ordres, et notamment au personnel de leurs services juridiques, mais aussi aux avocates et avocats externes dont les ordres retiennent les services, des séances de sensibilisation à la dynamique et à l'impact des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé, de sorte à garantir l'application de critères d'embauche et de normes d'exécution uniformes au personnel des ordres devant s'occuper des questions de mauvais traitements d'ordre sexuel.

LA PUBLICATION DE RAPPORTS ANNUELS PAR LES ORDRES ET LE CCRPS

RECOMMANDATION 4

4.0 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** à l'effet que chaque ordre soit tenu de présenter à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée un rapport annuel, pour publication générale, faisant état de toutes les plaintes pour mauvais traitement d'ordre sexuel portées contre ses membres ou anciens membres dans le courant de l'année, y compris un rappel succinct des mesures disciplinaires prises par l'ordre à leur égard, le cas échéant, et dans quels délais.

4.1 Que l'équipe de surveillance du CCRPS, dont la création fait l'objet de la recommandation 7, décide du format de ce rapport annuel, en consultation avec les groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, les ordres et le centre d'accès du public. Ce rapport annuel devrait contenir les données suivantes :

a) le nombre de plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel reçues durant l'année civile;

b) la date de dépôt de chaque plainte;

c) une description de la plainte, de même que les décisions prises à son égard, avec leurs dates;

d) la décision rendue par le comité de discipline, y compris toute peine imposée, le cas échéant;

e) la date d'interjection d'un appel, le cas échéant, et l'issue de l'appel;

f) toute autre plainte relative aux dispositions de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** visant à mettre un terme aux mauvais traitements d'ordre sexuel envers les patientes et les patients, par exemple celle prescrivant l'affichage de la charte des droits des patientes et des patients dans tous les locaux où des membres des professions de la santé réglementées offrent leurs services;

g) une explication de la durée de traitement de chaque plainte et de la procédure suivie à son égard, de même que des précisions sur la possibilité ou non de connaître l'identité du professionnel ou de la professionnelle de la santé visé par la plainte, dans l'éventualité où la plainte n'aurait pas fait l'objet d'une audience du comité de discipline;

h) des détails précis concernant les amendes ou peines imposées conformément au Code des professions de la santé (« le Code »).

RECOMMANDATION 5

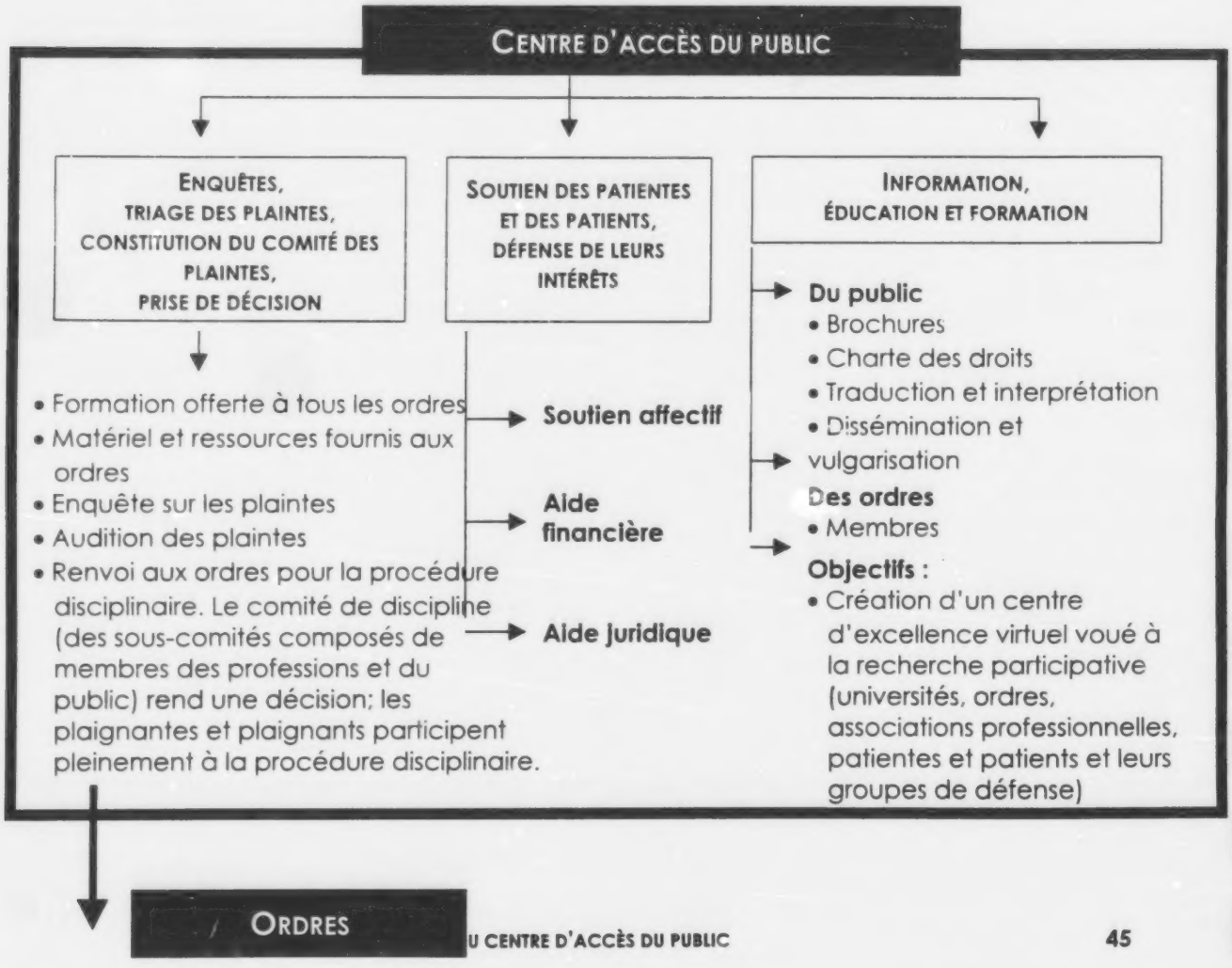
5 Que suite à toute décision quant au bien-fondé d'une plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel et au règlement de celle-ci, l'ordre compétent veille à ce qu'un questionnaire d'évaluation, accompagné d'une enveloppe-réponse adressée à l'équipe de surveillance du CCRPS, soit envoyé à chaque patiente ou patient ayant pris part à la procédure.

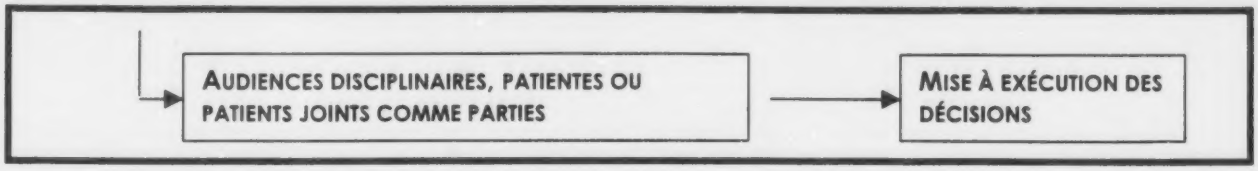
RECOMMANDATION 6

6 Que l'équipe de surveillance du CCRPS soit tenue de présenter à ce dernier et à la ministre un rapport annuel, pour publication générale, comprenant, d'une part, un sommaire détaillé des réponses fournies par les patientes et les patients sur le questionnaire d'évaluation visé à la recommandation 5 et, d'autre part, des suggestions quant à la façon de rendre les procédures plus efficaces pour mieux servir l'intérêt public.

LE CENTRE D'ACCÈS DU PUBLIC

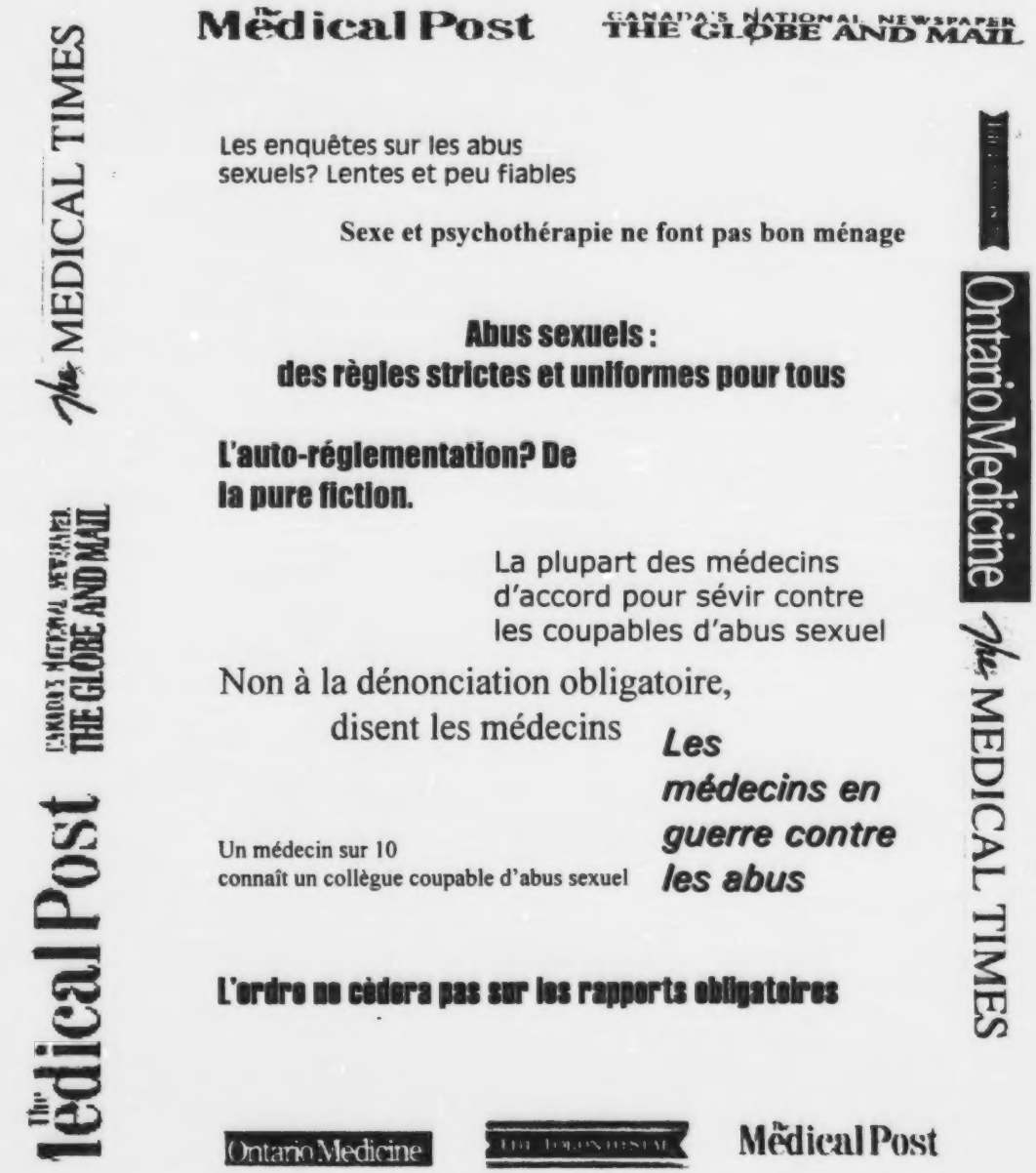
La création d'un nouvel organisme de service centralisé, essentiellement un centre d'accès du public commun à l'ensemble des professions de la santé réglementées, dont le financement serait assuré tant par ces dernières que par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, est la cheville ouvrière de toutes nos recommandations concernant la réforme des procédures des ordres de réglementation des professions de la santé et l'accès à celles-ci. Le centre d'accès du public serait l'organisme principalement responsable de faciliter l'accès du public aux procédures des ordres, jusques et y compris celles applicables au traitement des plaintes, en collaboration avec les ordres, et ce de manière uniforme et équitable, quel que soit l'ordre concerné. À cette fin, il est indispensable que les patientes et les patients qui déposent une plainte se voient accorder le statut de parties à part entière à ces procédures aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et du Code des professions de la santé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les ordres assumeraient ensemble le financement du centre d'accès du public, notamment à partir des amendes infligées aux professionnels de la santé reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel.




AUDIENCES DISCIPLINAIRES, PATIENTES OU PATIENTS JOINTS COMME PARTIES
MISE À EXÉCUTION DES DÉCISIONS

CHAPITRE 3

L'auto-réglementation dans l'intérêt public



CHAPITRE TROIS

L'auto-réglementation dans l'intérêt public

LA COMMISSION D'APPEL ET DE RÉVISION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Quelques personnes parmi les patientes et les patients avec lesquels nous avons communiqué nous ont bien dit que la Commission jouait un rôle très utile pour contrer l'inaction des ordres, mais la plupart du temps, nous avons entendu dire que l'accueil et les lenteurs de la Commission manquaient de respect aux patientes ou aux patients et de sensibilité à leur situation.

C'est pourquoi nous avons recommandé que la mise sur pied du centre d'accès du public et de l'équipe de surveillance du CCRPS fassent l'objet d'une action concertée et que les deux se voient attribuer des responsabilités bien claires envers le public, y compris la publication d'un rapport annuel. Notre groupe d'étude est expressément opposé à l'instauration de tout nouveau mécanisme qui relèverait uniquement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou d'un organisme de ce ministère.

Nous sommes d'accord avec l'Ordre des thérapeutes respiratoires lorsqu'il déplore les retards constatés au niveau des procédures d'appel. L'Ordre fait la remarque suivante à la page 12 de son mémoire au CCRPS :

[TRADUCTION]

« L'attente est parfois si longue que les plaignantes ou les plaignants perdent tout espoir de voir leur appel accueilli, voire se désintéressent même totalement de son issue. »

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario fait pour sa part remarquer à la page 17 de son mémoire au CCRPS :

[TRADUCTION]

« La Commission d'appel et de révision des professions de la santé a accumulé un vaste arriéré de dossiers à traiter, dont elle n'arrivera à se débarrasser qu'à condition d'obtenir un renfort de moyens à hauteur de la tâche. »

LES RÈGLES DE PREUVE LORS DES AUDIENCES DISCIPLINAIRES

Dans notre rapport de 1991, nous avions mis l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en garde contre le fait que son personnel préposé à l'accueil des plaintes et aux enquêtes, de même que les membres de son comité des plaintes et de son comité de discipline, appliquaient ***de facto*** la norme de culpabilité du droit pénal, autrement dit de la culpabilité « hors de tout doute raisonnable » dans leur façon d'aborder ou de traiter les plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel.

Quantité de patientes et de patients ont attesté encore une fois que cette attitude reste très répandue. Il nous semble effectivement que les procédures des ordres, qui sont pourtant des procédures civiles, reprennent de plus en plus souvent les règles de preuve en principe réservées aux instances criminelles. S'il est vrai que les tribunaux ont tendance à faire de même, nous estimons que la prudence s'impose eu égard aux retombées de cette évolution sur l'auto-réglementation dans l'intérêt public. Force est de se demander quels sont les intérêts qui sont réellement servis par l'adoption de la norme criminelle de preuve dans une instance civile.

Les décisions que les ordres prennent au niveau du traitement des plaintes sont teintées de ce qu'ils considèrent être admissible à titre de preuve lors des audiences. Bien des fois, les patientes et les patients se font éconduire dès le départ, parce que l'ordre estime que leur preuve est insuffisante pour satisfaire à la norme criminelle qu'ils ont de fait adoptée. Il est grand temps de rétablir la distinction entre la norme criminelle de preuve et la norme civile et de rappeler que c'est bien la norme civile de preuve qui s'applique dans les instances civiles.

Dans son rapport au Procureur général de l'Ontario sur les cas d'inconduite sexuelle dans les écoles de l'Ontario, l'honorable Sydney L. Robins[14] fait la remarque suivante à propos de l'application de la norme de preuve civile pour déterminer l'admissibilité de la preuve dans les procédures administratives :

« Les règles d'admissibilité de la preuve dans les procédures administratives sont beaucoup plus souples que dans les poursuites pénales. Le paragraphe 15(1) de la Loi sur l'exercice des compétences légales (« LECL »), qui s'applique aux procédures de l'Ordre des enseignantes et des enseignants de l'Ontario, prévoit que le tribunal peut admettre en preuve au cours d'une audience des preuves testimoniales ou des écrits et des objets, même s'ils ne sont pas donnés ou prouvés sous serment ou en vertu d'une affirmation solennelle et même s'ils sont inadmissibles en preuve devant un tribunal judiciaire. » (à la page 257)

L'un des points souvent en litige dans les plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel sur lesquelles les ordres doivent statuer est la règle interdisant la présentation de toute preuve par « ouï-dire ». La Cour suprême du Canada a défini la preuve par ouï-dire dans l'arrêt La Reine c. O'Brien [1978] 1 R.C.S. 591 à la page 593 : ***« Il est bien établi en droit que la preuve d'une déclaration faite à un témoin par une personne qui n'est pas elle-même assignée comme témoin est une preuve par ouï-dire, qui est irrecevable lorsqu'elle cherche à établir la véracité de la déclaration ».***

L'honorable Sydney L. Robins se prononce sur la preuve par ouïe-dire à la page 259 : ***« Il convient donc d'appliquer des critères de fiabilité et de nécessité moins rigoureux dans les procédures civiles et, surtout, dans les procédures administratives. »***

La recommandation 18.2 à la page 265 du rapport Robins est la recommandation officielle au gouvernement de l'Ontario issue de cet examen approfondi. Elle précise ceci : ***« Dans les procédures administratives, un critère moindre de nécessité et de fiabilité devrait être appliqué aux déclarations relatées des témoins, notamment dans les cas de prétendue inconduite sexuelle. Cela concorde avec la nature de ces procédures et avec l'équilibre approprié entre des intérêts contradictoires. »***

Les procédures relatives aux plaintes et à la discipline, telles qu'elles sont à l'heure actuelle et telles que nous les envisageons dans nos recommandations, sont soumises aux principes du droit administratif. Nous souscrivons à la recommandation du rapport Robins concernant la preuve par ouï-dire, de même qu'à la déclaration plus générale de l'honorable Sidney L. Robins à l'effet que les critères de fiabilité et de nécessité moins rigoureux ***« témoignent du vaste pouvoir discrétionnaire accordé aux tribunaux administratifs d'admettre toute preuve pertinente et de l'approche moins formelle généralement adoptée par ceux-ci »*** (à la page 260).

LA DIVULGATION DE L'IDENTITÉ DES PATIENTES ET DES PATIENTS

Les rapports obligatoires

Une chose qui a une influence énorme sur les patientes et les patients qui songent à porter plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel et qui les fait souvent changer d'avis, c'est la crainte de dévoiler leur identité — pas juste au départ, lorsqu'il leur faut trouver le courage de faire assez confiance à un professionnel ou une professionnelle de la santé pour lui parler des mauvais traitements subis, mais tout au long du processus.

Il ressort de notes prises durant nos audiences privées et de la transcription de notre audience publique que l'ensemble des patientes ou des patients qui ont abordé la question (voir la transcription de l'audience publique du 24 mai) ont insisté sur l'importance de pouvoir décider à quel moment leur nom est communiqué à un ordre. À entendre les témoignages des patientes et des patients qui ont découvert la procédure d'un ordre de première main, on ne saurait sous-estimer le stress, la frustration et le préjudice qui s'ensuivent. Ce serait une grave erreur que de supprimer l'un des rares éléments des procédures relatives aux plaintes et à la discipline sur lesquels les patientes et les patients exercent un certain contrôle, car cela ne ferait que saper davantage le peu de confiance que le public place dans les processus d'auto-réglementation. Il suffit de lire ou de relire l'introduction et la postface du présent rapport pour se convaincre de l'importance que revêt la confidentialité pour les patientes et les patients tant qu'ils ou elles n'ont pas rassemblé le courage de se faire connaître ouvertement d'un ordre ou, suivant les nouvelles

modalités que nous proposons, du centre d'accès du public et des ordres.

L'audition et la publication des faits

Les ordonnances de non-publication visant à protéger l'anonymat des patientes et des patients impliqués dans des audiences disciplinaires sont un autre sujet qui mérite clarification. Ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'il ne suffit pas pour l'ordre ou les médias d'omettre le nom des patientes ou patients dans leurs publications respectives, il leur faut également faire abstraction de tout autre fait ou caractéristique susceptible de dévoiler leur identité. Ces précautions sont d'autant plus cruciales lorsqu'il s'agit de faits ou de publications propres à une petite ville ou une région rurale.

Nous conseillons au CCRPS de tirer au clair ce que les ordres disent à leurs membres ou aux membres d'autres professions autonomes en ce qui concerne leur obligation de faire un rapport s'ils soupçonnent une collègue ou un collègue de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Une généraliste nous a appris que deux de ses patientes lui avaient dénoncé des comportements répréhensibles de la part d'un thérapeute de sa collectivité, mais que lorsqu'elle avait communiqué avec l'ordre auquel celui-ci était inscrit pour l'aviser de son intention de déposer un rapport obligatoire, tel qu'exigé par la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, l'ordre lui a envoyé une lettre lui disant que les renseignements qu'elle lui avait transmis seraient conservés dans ses dossiers jusqu'à temps que l'ordre juge utile de donner suite à cette affaire.

Ce genre de lettre n'a de toute évidence pas pour but d'encourager le dépôt des rapports obligatoires ni de promouvoir la prise de responsabilité partagée pour mettre un terme à l'abus sexuel des patientes et des patients.

LA CONSTITUTION EN PARTIE DES PLAIGNANTES ET DES PLAIGNANTS

La loi de l'Île-du-Prince-Édouard, ***An Act to Amend the Medical Act, 1997,*** stipule dans son article 30.1 que le conseil est tenu d'offrir à la plaignante ou au plaignant la possibilité de se faire accompagner d'une personne de ses amis ou encore **d'une représentante ou d'un représentant susceptible de présenter des observations et des preuves, y compris d'une avocate ou d'un avocat, lors d'une procédure d'enquête** (soulignement ajouté). Faute de leur constitution en partie, les plaignantes et les plaignants ne disposent pas du même droit que le membre d'un ordre de porter une décision d'un sous-comité en appel devant un tribunal.

Il y a neuf ans, nous faisions déjà remarquer que les plaignantes et les plaignants sont admis comme parties à part entière dans d'autres procédures administratives, notamment celles de la Commission des droits de la personne. Nous avions souligné à l'époque qu'il devrait être permis aux patientes et aux patients de participer à l'intégralité de l'audience et de se faire représenter par avocat pour procéder à l'instruction et à l'examen de la preuve, de même qu'aux contre-interrogatoires, y compris celui du professionnel ou de la professionnelle de la santé. Hélas, la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** bien qu'elle prévoie la possibilité d'autoriser des tiers à participer aux audiences, donc aussi des plaignantes ou des plaignants, ne prescrit pas la constitution des patientes et patients en partie aux audiences.

Comme l'a fait remarquer la professeure Sanda Rodgers :

[Traduction]

« Le refus de constituer les plaignantes et les plaignants en parties aux audiences disciplinaires compromet fondamentalement l'intégrité de la procédure, privatise le coût de la réglementation des professions de la santé et donne licence à la victimisation renouvelée des patientes et des patients si souvent décriée. »[15]

Maintes et maintes fois, nous avons entendu des personnes, y compris des patientes et des patients qui ont obtenu gain de cause auprès d'un ordre et qui ont vu l'auteur de leurs mauvais traitements condamné par un comité de discipline, exprimer le regret d'avoir porté plainte auprès de l'ordre, tellement le processus avait été difficile et préjudiciable pour elles. Il est grand temps d'accorder aux patientes et aux patients la juste possibilité de participer aux procédures de l'ordre. La meilleure solution à cet égard reste la constitution en partie aux audiences.

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE TROIS

LA NOUVELLE ÉQUIPE DE SURVEILLANCE DU CCRPS, CATALYSEUR DU CHANGEMENT

RECOMMANDATION 7

7 Que le CCRPS se dote d'une « équipe de surveillance », dont il désignera le président ou la présidente, et que cette équipe soit chargée de surveiller et de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives destinées à faire face aux mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé, y compris celles découlant des recommandations formulées dans le présent rapport.

L'équipe de surveillance, dont les membres seraient désignés pour une durée renouvelable de cinq ans, devrait être composée de plusieurs personnes occupant un poste équivalent ou supérieur à celui de directeur au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'une personne au moins ayant siégé au groupe d'étude spécial, d'une dirigeante ou d'un dirigeant, sinon plusieurs, du centre d'accès du public et enfin de deux autres personnes, l'une ou l'autre, voire les deux, étant une survivante ou un survivant ou encore quelqu'un qui se consacre à la prévention des mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé ou au soutien des victimes. La rémunération de ces personnes devrait être au moins équivalente à celle offerte aux membres du CCRPS.

RECOMMANDATION 8

8 Qu'au cours de son premier mandat quinquennal, l'équipe de surveillance du CCRPS fasse faire une étude empirique visant à établir combien de rapports obligatoires les ordres ont reçus depuis 1999, ce qu'ils ont fait à réception de ces rapports, si les professionnels visés dans ces rapports ont fait l'objet de plaintes ou de rapports ultérieurs et quelles mesures ont été prises dans chaque cas.

Cette étude devrait aussi fournir des détails sur les meilleures pratiques adoptées par divers ordres en Ontario et ailleurs, en particulier à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, de même que des recommandations quant à la manière de mieux répondre aux plaintes des patientes et des patients, dans l'intérêt de la sécurité publique.

L'IDENTIFICATION DES PATIENTES ET DES PATIENTS

RECOMMANDATION 9

9 Que la protection offerte par le paragraphe 85.3(4) du *Code* soit à tout prix maintenue, afin de garantir qu'aucun rapport portant sur l'inconduite d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé ne dévoile jamais le nom de la patiente ou du patient qui s'en est plaint sans le consentement explicite, par écrit, de la patiente ou du patient en question.

L'OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT SANS TARDER

RECOMMANDATION 10

10 Qu'une modification soit apportée au paragraphe 85.3(2) du *Code* à l'effet que les rapports obligatoires soient effectués immédiatement, et non en l'espace de 30 jours.

Le centre d'accès du public devrait par ailleurs prendre connaissance de ces rapports sans tarder et mener une enquête si une personne membre d'une profession de la santé réglementée fait l'objet de deux rapports distincts ou si un rapport contient des données pouvant raisonnablement donner à penser que le ou la professionnelle qui en est l'objet risque d'infliger des mauvais traitements à d'autres patientes ou patients.

L'IMPOSITION D'UNE AMENDE POUR DÉFAUT DE FAIRE RAPPORT

RECOMMANDATION 11

11 Que les ordres imposent obligatoirement l'amende d'au plus 25 000 $ prévue au paragraphe 93(4) du Code aux professionnels de la santé qui ont connaissance d'un cas de mauvais traitements d'ordre sexuel par quelqu'un ou quelqu'une de leurs collègues, mais qui omettent d'en faire le rapport contrairement à ce qui est prescrit.

LA COMMISSION D'APPEL ET DE RÉVISION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

RECOMMANDATION 12

12 Que le *Code* soit modifié par l'ajout d'une disposition exigeant de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé qu'elle statue sur une décision rendue par un sous-comité du comité des plaintes dans les 120 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été soumise pour examen.

LES RÈGLES DE PREUVE LORS DES AUDIENCES DISCIPLINAIRES

RECOMMANDATION 13

13 Que l'article 49 du *Code* soit abrogé et qu'une nouvelle disposition y soit substituée précisant que les règles de preuve s'appliquant aux audiences du comité des plaintes constitué par le centre d'accès du public et aux audiences disciplinaires des ordres soient celles établies dans la ***Loi sur l'exercice des compétences légales***.

RECOMMANDATION 14

14 Qu'une modification soit apportée au paragraphe 36 (3) de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** à l'effet que les conclusions, les ordonnances ou les décisions issues d'une procédure disciplinaire conforme à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** soient recevables en preuve dans les instances civiles.

LES AMENDES ET LE FINANCEMENT DE LA THÉRAPIE

RECOMMANDATION 15

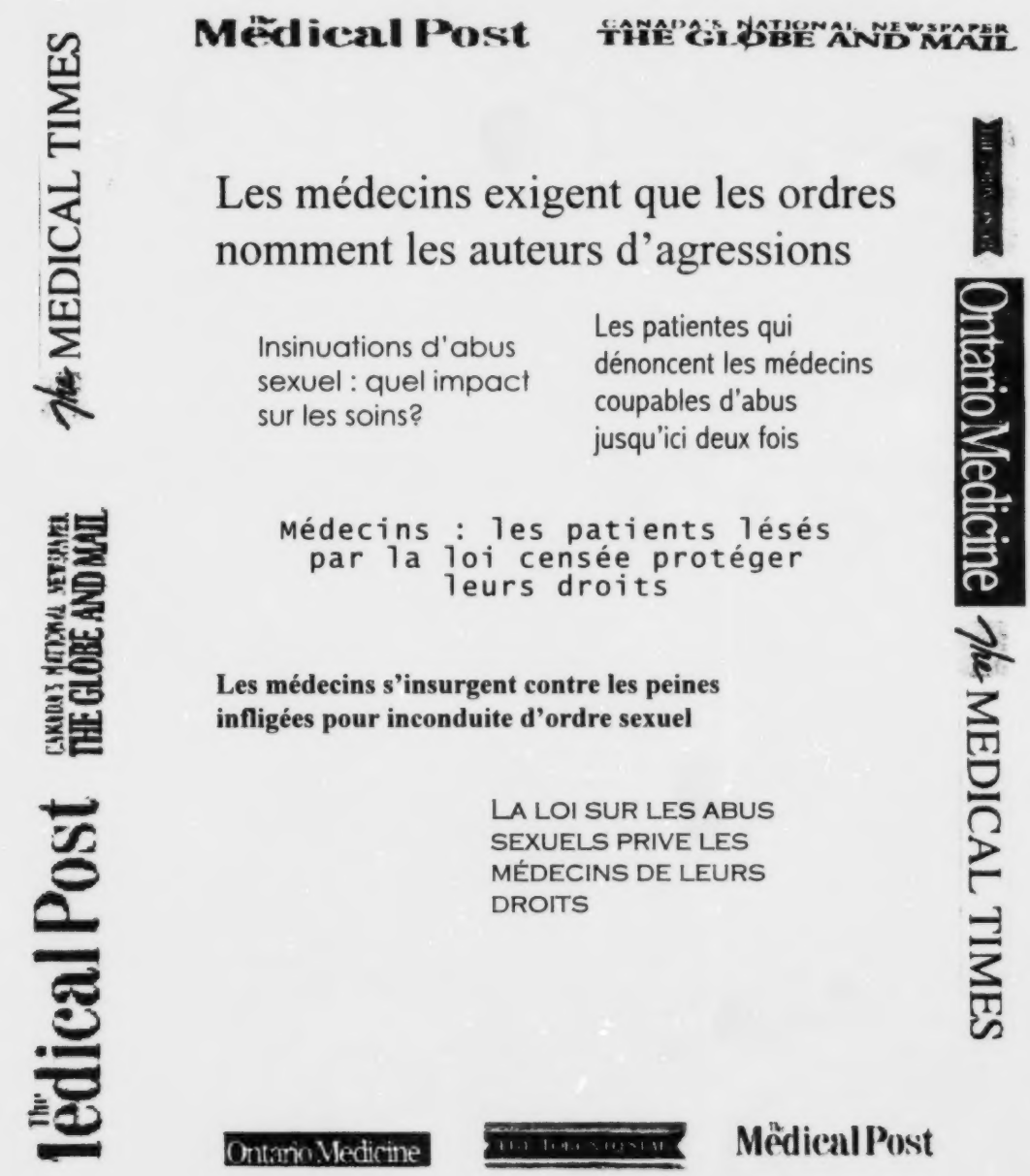
15.0 Que des modifications soient apportées aux lois, règlements et règles en vigueur en Ontario de sorte à garantir que le montant de toute amende imposée à un professionnel ou une professionnelle de la santé soit mis de côté dans un fonds géré par le centre d'accès du public.

Ce fonds devrait servir à financer des services de soutien, y compris de la thérapie ou des consultations, pour les patientes et les patients admissibles qui ont subi des mauvais traitements d'ordre sexuel.

15.1 Que des modifications soient apportées aux paragraphes 85.7 (4) et (10) du ***Code*** de sorte que des fonds puissent être alloués de façon provisoire à une patiente ou à un patient avant l'audition de sa plainte lorsque le centre d'accès du public juge bon de le faire.

CHAPITRE 4

Les effets des procédures des ordres sur les patientes et les patients



CHAPITRE QUATRE

Les effets des procédures des ordres sur les patientes et les patients

LES AUDIENCES

Sur invitation de l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, le groupe d'étude a rencontré bon nombre de patientes et de patients en tête à tête, en complément de son audience publique, tenue à Toronto le 24 mai 2000, concernant laquelle des avis d'audience avaient été diffusés aux quatre coins de la province (voir l'annexe II ci-jointe). Nous avons ainsi pu entendre personne après personne, elles-mêmes victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé ou simples porte-paroles, nous faire le récit sans ambages des effets que les procédures des ordres peuvent avoir sur les patientes et les patients. Notre audience publique a fait l'objet d'une transcription, dont les extraits pertinents ont été traduits pour les besoins de ce rapport.

Susan Vella,[16] avocate de Toronto qui se spécialise dans les recours civils en cas de violation sexuelle, a pris la parole lors de l'audience publique au nom de plusieurs patientes qu'elle représente. Voyant combien les observations de Me Vella quant aux effets des procédures des ordres sont détaillées et convaincantes et ses recommandations pertinentes, nous avons décidé d'en reproduire l'essentiel ici pour alimenter la réflexion de nos lectrices et lecteurs. Les nombreux propos des deux patientes, Brenda et Janet, de même que de la thérapeute de Janet, repris au chapitre 1 proviennent également de la transcription de l'audience publique.

Susan Vella

Mes clientes ont été incapables de se présenter elles-mêmes, soit parce qu'elles ont encore affaire avec le système judiciaire, soit parce qu'elles ne se sentaient tout simplement pas la force ou le courage de parler publiquement de ce qui leur est arrivé.

Suite à la publication de votre premier rapport, l'ordre s'est montré plus amène envers les patientes qui faisaient des allégations d'inconduite d'ordre sexuel de la part d'un membre. En conséquence, voyant l'ordre comme un recours possible, un plus grand nombre de patientes ont porté plainte et les plaintes soumises au comité de discipline se sont multipliées. Jusqu'au jour où le lobby de la profession — dirigé en apparence par des avocates et avocats retenus à cette fin — a fait savoir que la balance penchait trop en faveur des patientes.

Sur ce, l'ordre a modifié son approche, et notamment congédié la plupart des membres de son équipe d'enquête jusque-là très efficace pour recruter une nouvelle série d'avocates et d'avocats à l'interne. Depuis, il règne comme un froid dans les rangs de l'ordre. Les patientes l'ont ressenti et leurs avocates ou avocats aussi.

Depuis quatre ou cinq ans, les intérêts des membres emportent de nouveau la balance, ce qui se manifeste par un tel préjugé défavorable contre les patientes que bon nombre d'avocats, dont moi-même, se voient dans l'impossibilité de recommander à leur clientèle de s'en remettre à un ordre.

Le cas d'une patiente

Une de mes patientes, victime d'un inceste dans son enfance, a subi des mauvais traitements d'ordre sexuel par son généraliste à l'adolescence. Une fois adulte, elle a consulté un autre généraliste, à qui elle a révélé son passé traumatisant. Malgré sa jeunesse et son inexpérience, ce généraliste a voulu se lancer dans une longue psychothérapie avec ma cliente.

Le médecin a reconnu le problème, mais pensait pouvoir aider la patiente lui-même. Tout ce qu'il a accompli, c'est d'avoir de multiples consultations avec ma cliente dans lesquelles flottait une indéniable tension sexuelle, toutefois sans grand résultat en termes de psychothérapie par rapport à la violence qu'elle a souffert dans l'enfance et à l'adolescence. Ma cliente a cru être amoureuse de ce médecin, ce qui a fait qu'elle a d'abord dû suivre une autre thérapie avec un autre professionnel pour réparer le mal causé par l'attitude inepte du généraliste face à son transfert de sentiments avant de pouvoir même songer à reprendre une thérapie de valeur pour surmonter ses traumatismes antérieurs.

Ma cliente a déposé une plainte auprès de l'ordre pour conduite inconvenante, exploitation et négligence. L'ordre, après une enquête sommaire, a décidé que la plainte était sans fondement et l'a rejetée sans audience disciplinaire. Selon l'ordre, la plainte de ma cliente ne contenait aucun élément justifiant une telle audience.

Nous avons appris par la suite que l'ordre n'avait même pas jugé bon de confier le soin à un médecin expert d'examiner la méthodologie du généraliste mis en cause ou sa conduite durant ses séances avec ma cliente. Ma cliente n'avait donc pas d'autre choix que de retenir les services d'un avocat, à ses frais, et aussi les services d'un expert, le tout pour saisir ce qui était alors le Conseil des sciences de la santé de la décision de l'ordre de ne pas tenir d'audience pour entendre sa plainte. Ma cliente, la patiente, a dû payer pour tout ça.

Le conseil, qui n'a pas hésité à reconnaître les failles dans l'enquête de l'ordre, a renvoyé l'affaire à ce dernier, assortie d'instructions quant à la manière d'enquêter sur cette plainte et notamment, de retenir les services d'un expert, de même que d'un conseil ou deux, par exemple concernant les indications que pourrait fournir le dossier médical du médecin lui-même quant à la nature de sa conduite vis-à-vis de sa patiente.

L'accès aux fonds pour la thérapie

Ça, c'est l'autre aspect de ce scénario. Ma cliente avait déjà une plainte validée à l'issue d'une audience contre le médecin qui l'avait maltraitée quand elle était adolescente, mais elle n'a pu accéder à aucune aide financière pour sa thérapie, et à mon avis, c'est là un gros problème.

Nous nous sommes consultées, nous avons multiplié les lettres, mais en vain. Aucune aide ne lui serait accordée, parce que l'ordre avait adopté la position que les mauvais traitements avaient eu lieu à une époque où ni la loi, ni le fonds n'existaient encore.

Inutile de vous dire que cette patiente s'est sentie trahie une fois de plus, cette fois-ci par l'ordre. Si elle n'avait pas persisté et si elle n'avait pas elle-même retenu des services d'avocat et d'expert, cette affaire aurait été classée sans suite.

Ma première recommandation, ce serait de donner des directives ou quelque chose aux personnes chargées des enquêtes et des services juridiques au sein des ordres pour bien leur faire comprendre qu'il ne leur appartient pas de juger de la crédibilité d'une personne au stade de l'enquête sur une plainte. Ça n'est pas leur rôle et ne correspond en rien à la justice en matière de procédure, que je saches.

Ma deuxième recommandation, ce serait par ailleurs d'améliorer l'éducation des personnes qui mènent les enquêtes, qui assurent les services juridiques et qui siègent au comité de discipline des ordres. Pourquoi ne pas organiser à leur intention des colloques et des conférences sur l'agression sexuelle, comme le fait l'association des avocates et avocats au criminel, et qui refléteraient tant le point de vue des patientes que des médecins? On a déjà des groupes de défense des intérêts des deux bords, alors pourquoi ne pas s'éduquer les uns les autres?

Troisièmement, je pense que chaque ordre devrait embaucher une personne de soutien ou d'intervention pour les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel, ou du moins quelqu'un sur appel à l'extérieur — quelqu'un à qui personne ne pourrait reprocher de compromettre l'enquête, ce dont les médecins se plaignaient avant. Quelqu'un d'indépendant, sans pouvoir de décision, mais qui serait là pour aider la victime à toutes les étapes du processus. Ça existe pour les instances criminelles, pourquoi pas pour les procédures de l'ordre?

Enfin, quatrièmement, je pense que l'ordre devrait établir et faire respecter des normes concernant les généralistes qui font de la psychothérapie. Je me retrouve sans cesse avec des généralistes qui « jouent » — vous me passerez le mot — à faire de la psychothérapie, qui croient qu'ils s'y connaissent, mais qui vraiment n'ont pas la moindre idée de ce qu'ils font.

Le financement provisoire de la thérapie

Pourquoi n'y a-t-il pas de financement provisoire de la thérapie? Ça existe pourtant à la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels, qui peut, elle, accorder une aide financière provisoire pour des services de thérapie avant l'audition d'une plainte si elle estime qu'a priori, celle-ci a du mérite. Pourquoi ne pas faire la même chose ici?

Je ne réclame pas d'augmentation du budget actuel, mais comme ça au moins, les patientes pourraient se faire accompagner de leur propre thérapeute, et à mon sens, il faut laisser à une personne son choix de thérapeute. Ça aiderait les plaignantes d'avoir une personne de leur bord qui soit là et les soutienne. Pourquoi le leur refuser? Ce qui compte, c'est que les patientes se sentent libres d'agir et de parler, qu'elles soient capables de relater leur histoire de façon claire et convaincante à la barre des témoins. Sinon, toutes ces procédures ne servent à rien.

Il faudrait par ailleurs que les ordres se concertent pour produire un document en langage clair qui explique la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées et son rapport avec leurs procédures, et plus exactement ce qu'entraîne le dépôt d'une plainte, ce qu'entraîne une enquête, comment se déroulent les audiences ou encore quels sont les droits des patientes et des patients lors des audiences. Ce document devrait aussi aborder les différentes questions relatives à la divulgation des dossiers médicaux, qu'il ne faut pas céder d'un coup, en bloc, parce qu'ils contiennent souvent des renseignements de nature délicate sans aucun rapport avec la plainte, mais qui risqueraient de se retrouver entre les mains des avocats de la défense.

La Cour suprême du Canada a statué, dans M. (A.) c. Ryan, qu'une divulgation complète des dossiers de consultation n'est pas requise, seuls les documents pertinents doivent être produits. Mais ça, les patientes n'en savent rien. Elles signent des autorisations de divulgation sans restriction. C'est un problème qui se produisait aussi dans les enquêtes policières, mais de ce côté-là, des mesures ont été prises pour tenter d'y remédier. Je ne sais pas si elles sont suffisantes, mais au moins, elles montrent une prise de conscience du problème.

La modification de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées

Il s'agirait aussi d'encourager l'ordre à faire pression pour obtenir une modification, bien simple, du paragraphe 36(3) de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, à l'effet qu'une ordonnance ou décision rendue au cours d'une procédure disciplinaire soit recevable en preuve dans le cadre d'instances civiles. Cela satisferait à l'attente de ne pas divulguer les transcriptions des audiences, cela règlerait le problème d'avoir à appeler des experts à témoigner qui ne sont pas intéressés à se trouver mêlés à une instance civile et cela préserverait le caractère inadmissible de la teneur des entretiens et des notes d'enquête.

Croyez-moi, les notes prises par les personnes chargées d'enquêter sur une plainte lors de leurs entretiens avec les plaignantes n'ont jamais fait autre chose que nuire à celles-ci à la barre des témoins, parce qu'immanquablement, l'avocat du médecin a mis la main dessus. Ce qui est censé représenter la teneur exacte d'un entretien entre quelqu'un qui représente l'ordre et la patiente est souvent truffé d'erreurs et ne correspond pas à ce que la patiente dit dans son témoignage. C'est à ce moment-là qu'elle s'exclame, « Mais dites, je n'ai jamais vu ça, on ne m'a jamais donné la possibilité de le relire ». À ce stade, vous savez, c'est bien joli, mais les divergences, quelle qu'en soit la cause, ont déjà mis la puce à l'oreille du juge. Et lui de dire « Madame, j'ai l'impression que ce n'est pas ce que vous aviez dit plus tôt ». Voilà comment la lecture en preuve des notes prises lors de l'entretien peut servir d'argument pour montrer que la plaignante est incohérente.

Bien sûr, il y a moyen de s'en défendre, de protester « Ce n'est pas ce que j'ai dit! », mais la preuve a été entendue, si l'on peut dire. C'est pourquoi il me semblerait préférable de ne pas admettre en preuve ces documents et transcriptions. Ce qu'il faudrait vraiment, c'est un mécanisme pour communiquer au juge d'instance que l'affaire a fait l'objet d'un examen complet. Le médecin est pleinement représenté depuis le départ. Le bien-fondé d'allégations identiques ou similaires à celles avancées par la plaignante a déjà été reconnu lors d'une audience disciplinaire de l'ordre et vice versa. Ainsi, le médecin pourrait lui aussi présenter sa preuve si l'ordre devait l'acquitter. Je ne dis pas que nous avons là une voie à sens unique, mais le fait est qu'en général, la situation actuelle est préjudiciable aux patientes, pas aux médecins.

La nécessité de constituer les plaignantes et les plaignants parties à l'audience

Enfin, il faudrait absolument constituer les plaignantes et les plaignants parties à l'audience. Ce ne serait pas sans précédent. Lorsqu'une personne dépose une plainte auprès de la Commission ontarienne des droits de la personne, la commission nomme un avocat ou une avocate, mais la plaignante ou le plaignant est partie à l'audience. Pour les plaignantes, être partie à l'audience, ça signifie avoir voix au chapitre quant à la façon dont leur cause est présentée, cela veut dire pouvoir appeler des témoins, procéder à des contre-interrogatoires, bref, présenter leur point de vue, qui n'est pas nécessairement celui de l'ordre. En ce qui a trait à la nature privilégiée de certains documents par exemple, l'ordre n'a aucun intérêt direct à vouloir protéger la vie privée des patientes. Les patientes elles oui, bien entendu. Elles devraient pouvoir présenter leurs arguments à cet égard, comme elles pourraient le faire s'il s'agissait d'une instance criminelle, indépendemment de l'avocat-conseil de la Couronne.

Recommandations - Chapitre quatre

Le soutien aux parties plaignantes et leur statut lors des audiences

RECOMMANDATION 16

16 Que le ***Code*** soit modifié par l'ajout de dispositions applicables dans les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel prévoyant :

a) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de participer à toutes les procédures relatives à leurs plaintes, y compris les audiences disciplinaires, en qualité de partie à part entière;

b) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de se faire accompagner à toutes les étapes de l'enquête, de la procédure relative aux plaintes et des audiences disciplinaires par la personne de soutien de leur choix, aux frais du centre d'accès du public et des ordres;

c) que les plaignantes et les plaignants aient le droit de témoigner derrière un écran, à l'aide de la télévision en circuit fermé ou d'un dispositif semblable qui les empêche de voir la partie adverse, s'il y a lieu de penser que cela pourrait les aider à donner un témoignage plus complet et plus précis ou que ce serait dans leur intérêt véritable;

d) que les plaignantes et les plaignants aient le droit conformément aux dispositions actuelles de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, si la personne faisant l'objet de leur plainte est reconnue coupable, de présenter des observations au tribunal au moyen d'une déclaration de la victime, sans devoir ensuite subir de contre-interrogatoire au sujet de cette déclaration, dont il sera tenu compte dans la détermination de la peine ou des mesures correctrices applicables;[15]

e) qu'une magnétoscopie de l'entrevue avec la plaignante ou le plaignant soit admissible en preuve si la plaignante ou le plaignant, durant son témoignage, reconnaît sa validité;

f) que le professionnel ou la professionnelle accusé de mauvais traitements d'ordre sexuel ne puisse en aucun cas personnellement contre-interroger la plaignante ou le plaignant.

LES TÉMOINS EXPERTS

RECOMMANDATION 17

17 Que le centre d'accès du public et les ordres mettent au point des critères de sélection des expertes ou experts appelés à présenter des preuves dans le cadre de procédures de traitement des plaintes, de procédures disciplinaires ou de procédures de réintégration des membres, afin de garantir que ces personnes possèdent bien les compétences nécessaires pour tenir compte de la dynamique et de l'impact des mauvais traitements d'ordre sexuel d'une patiente ou d'un patient par un professionnel ou une professionnelle de la santé.

L'ACCÉLÉRATION DES PROCÉDURES DISCIPLINAIRES

RECOMMANDATION 18

18 Que les ordres veillent à ce que leurs comités de discipline traitent en priorité et de façon accélérée les cas de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par un professionnel ou une professionnelle de la santé.

CHAPITRE 5

Les mesures dissuasives et punitives

The Médical Post — CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL

La révocation des certificats d'inscription à l'ordre des médecins ne doit pas se faire à la légère

Toronto : Ancien membre de l'Ordre des thérapeutes incarcéré pour agression sexuelle

La vérité sur les sentiments érotiques dans la relation médecin-patient

Réadaptation impossible pour les médecins coupables d'abus sexuels, dit un rapport

Médecin condamné à 5 ans de réclusion pour avoir agressé une fillette

Psychiatre de Vancouver inculpé pour agression sexuelle

NOUVEAU SONDAGE SUR LE HARCÈLEMENT DES MÉDECINS

Six ans de prison pour un médecin coupable d'avoir abusé de ses

The MEDICAL TIMES — CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL — The Medical Post

Ontario Medicine — The MEDICAL TIMES

Ontario Medicine — The Medical Post

CHAPITRE CINQ

Les mesures dissuasives et punitives

LES LIGNES DIRECTRICES SUR LES CONTACTS D'ORDRE SEXUEL

L'enquête effectuée en 1999 pour le compte du CCRPS, abordée en détail au chapitre 2, encore à ce jour la seule de son genre, s'est penchée sur l'auto-déclaration par les membres de toutes les professions de la santé réglementées en Ontario de leurs contacts d'ordre sexuel avec des patientes ou des patients, mais l'échantillon sur lequel ses résultats sont basés était relativement restreint. Quoi qu'il en soit, il ressort de cette enquête, tout comme d'autres effectuées parmi les médecins seulement,[17] qu'un nombre limité, mais non insignifiant, de professionnels de la santé au Canada sont prêts à admettre qu'il leur arrive d'avoir ce type de contact.

À titre d'exemple, lors d'une enquête auprès de 618 obstétriciens-gynécologues canadiens ayant obtenu un taux de réponse de 78 p. 100, 3 p. 100 des répondants masculins ont admis avoir eu une « rencontre sexuelle » avec une patiente, tandis que 3 p. 100 également ont dit avoir eu une rencontre sexuelle avec une ancienne patiente.[18]

Parmi les personnes qui ont participé à une enquête effectuée en 1996 auprès de 599 médecins aux urgences, 0,5 p. 100 ont admis qu'il leur arrivait d'avoir des « rencontres sexuelles » avec leurs patientes ou patients, tandis que 6,2 p. 100 ont dit avoir déjà eu une relation sexuelle avec une ancienne patiente ou un ancien patient. Trente-six pour cent des rencontres sexuelles avec d'anciennes patientes se seraient déroulées « dans un bureau », 39 p. 100 dans un autre « contexte médical ».[19]

D'après leurs réponses, 79 p. 100 des médecins aux urgences qui ont participé à cette enquête estiment qu'il n'y a pas de mal à ce qu'un médecin demande un rendez-vous à une ancienne patiente ou un ancien patient qu'il ou elle a rencontré pour la première fois aux urgences, mais sur qui il lui arrive par la suite de tomber par hasard dans un contexte social, par exemple dans un bar ou à une soirée. Ceci étant dit, 21 p. 100 seulement des répondantes et répondants ont dit qu'il serait acceptable pour un médecin de reprendre délibérément contact avec une ancienne patiente ou un ancien patient après sa sortie de l'hôpital pour lui demander un rendez-vous.

Les auteurs de ladite étude soulignent que lorsqu'il y a risque d'abus, une période d'attente d'un an n'est sans doute guère

suffisante pour le prévenir, tandis que lorsqu'une relation est parfaitement **saine**, il serait injuste d'imposer pareil délai. À leur avis, il importe de bien faire la distinction entre les rencontres purement sociales (avant ou après la visite aux urgences) et les rencontres avec des patientes ou patients que le médecin ne connaît qu'en tant que tels. Leur argument est que cette distinction pourrait servir de base claire et logique à l'établissement de nouvelles lignes directrices, vu que les dispositions réglementaires présentement en vigueur ont manqué de dissiper la confusion au sujet de ce qui constitue une conduite acceptable ou non pour des médecins qui travaillent aux urgences.

Le groupe d'étude recommande l'établissement de lignes directrices claires et exécutoires en matière de contacts sexuels. (Pour plus de détails à cet égard, voir la recommandation 19 à la fin de ce chapitre.)

LE TRANSFERT DES SENTIMENTS

L'une des questions que la ministre de la Santé et des Soins de longue durée a soumise au groupe d'étude (voir la question 5 au début du présent rapport) est celle de savoir quelles peines ont jusqu'ici été infligées aux membres d'une profession de la santé réglementée qui admettent avoir eu une relation sexuelle avec quelqu'un parmi leur clientèle, mais qui disent qu'elle était consensuelle. Pour comprendre comment un professionnel ou une professionnelle de la santé peut en venir à utiliser cet argument, il faut comprendre la dynamique de l'abus sexuel.

Au chapitre I, nous rapportions les propos de Nora, qui expliquait comment son thérapeute l'avait asservie et à quel point elle était convaincue que cet homme l'aimait. Peu de gens, même parmi les répondantes et répondants à l'enquête auprès des médecins canadiens dont nous parlions un peu plus tôt, comprennent vraiment bien la dynamique du transfert des sentiments. C'est pourquoi avant de pouvoir répondre à la question de la ministre, il nous a fallu examiner la question suivante : à quel moment le consentement à une relation sexuelle est-il **possible?**

Compte tenu du rapport de force déséquilibré qui oppose les professionnels de la santé et leurs patientes ou patients, il n'y a tout simplement pas entre eux l'égalité nécessaire à un consentement véritable. Bien que ce déséquilibre du rapport de force soit plus ou moins prononcé d'une profession de la santé à l'autre, il est toujours présent, et le consentement n'est donc **jamais** possible. Le Parlement du Canada a reconnu ce fait en apportant des modifications aux dispositions du ***Code criminel*** relatives aux agressions sexuelles à l'effet que le consentement n'est jamais un

moyen de défense lorsqu'il est établi qu'il existait un rapport de confiance entre l'agresseur et sa victime.

Nous tenons à cet égard à signaler l'énoncé ci-après relatif au transfert des sentiments et aux limites que les professionnels de la santé ne doivent pas transgresser dans leurs relations avec d'anciennes patientes ou d'anciens patients :

[Traduction]

« De notre point de vue, il est très difficile d'avancer un délai au-delà duquel une liaison romantique avec une ancienne patiente ou un ancien patient deviendrait acceptable. Plutôt qu'un délai quelconque, les deux questions cruciales qui doivent entrer en ligne de compte sont les suivantes :

1. est-ce que la relation professionnel-patient a placé la patiente ou le patient dans une position de vulnérabilité?

2. est-ce qu'un consentement mutuel est possible dans cette relation?

Ces questions sont détachées de considérations temporelles et bien davantage liées au concept du transfert des sentiments, avec ses répercussions sur l'idéalisation, l'identification et la dépendance. Toutes les rencontres thérapeutiques portent en elles à tout moment le potentiel d'un transfert des sentiments. Il tombe donc sous le sens que le consentement mutuel n'est plus possible à aucun moment après le début d'une relation professionnel-patiente. Une liaison amoureuse serait donc toujours synonyme d'abus de confiance. »[20]

Comme le témoin expert dans le cas de Nora l'a si bien dit :

[Traduction]

« Nora n'était pas en mesure de consentir librement à une relation sexuelle avec son thérapeute. Il s'agissait là d'une relation avec un homme qui avait le pouvoir de changer son état d'esprit et son programme de traitement. Il avait pris l'initiative d'un contact érotique après l'avoir préparée à se laisser exploiter et avoir progressivement repoussé ses limites personnelles, physiques et psychologiques, lui laissant entendre qu'elle était spéciale à ses yeux et qu'il l'aimait, mais comme il disait, sans être en amour avec elle.

Nora était aux prises avec un transfert de sentiments plus proches de ceux qu'une femme peut éprouver pour son père que pour son mari ou un amant. Elle était troublée, anxieuse et vulnérable face à lui, craignant de le perdre si elle ne se pliait pas à ses désirs, et donc de perdre non seulement ses attentions, mais le traitement pour sa détresse affective en vue duquel elle l'avait consulté au départ. Le déséquilibre au niveau de leur rapport de force, de leurs tailles et de leurs situations sociales plaçait nettement Nora en position d'infériorité par rapport à son thérapeute. Pour rien au monde n'aurait-elle pu consentir librement à une relation sexuelle avec lui.

Nous revenons sur cette question quelques paragraphes plus loin avec une discussion sur la révocation obligatoire du certificat d'inscription des professionnels de la santé basée sur la comparaison de deux décisions rendues dernièrement par les sous-comités de deux ordres différents et qui reflètent des points de vue radicalement opposés : la décision de l'Ordre des physiothérapeutes dans l'affaire Melunsky et celle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dans l'affaire Mussani (en instance d'appel).

LES PEINES INFLIGÉES

Depuis que la ministre nous a soumis sa question concernant les peines infligées aux professionnels de la santé en cas de relation « consensuelle », deux ordres ont tranché les deux cas ci-après, en rapport avec lesquels ils ont interprété de manière très différente les dispositions de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** relatives à la révocation obligatoire du certificat d'inscription. Après mûre réflexion sur ces deux décisions, nous recommandons que l'imposition obligatoire de la peine que représente la révocation du certificat d'inscription soit élargie aux professionnels de la santé ayant de façon répétée commis des incorrections ou des transgressions sexuelles (voir les recommandations 20 et 21 à la fin du présent chapitre).

Les lectrices et les lecteurs sont invités à se reporter au texte de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** et de son Code des professions de la santé en annexe IV pour mieux comprendre les renvois à leurs diverses dispositions.

L'AFFAIRE DE L'ORDRE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES

Une affaire qui avait commencé par une série d'audiences a récemment culminé dans une décision de la Cour d'appel de l'Ontario concernant ***College of Physiotherapists v. Melunsky 1998 Disciplinary Panel.*** L'affaire mettait en cause une physiothérapeute qui a entamé avec un de ses patients une relation personnelle et sexuelle, incluant des rapports sexuels, relation qui les a conduits au mariage. Le sous-comité de discipline de son ordre s'est arrêté sur le fait que les rapports sexuels avaient eu lieu avant que la physiothérapeute n'ait mis fin à sa relation professionnelle avec l'homme qui allait devenir son mari. Un témoin expert a présenté un témoignage relatif à la transgression des règles de conduite régissant les relations professionnels-patients et à l'impact sur les patientes et patients d'une relation personnelle et sexuelle avec leur fournisseur de soins de santé.

De toute évidence, le comportement de la physiothérapeute correspondait à la définition de « mauvais traitements d'ordre sexuel » énoncée à l'alinéa 1(3) a) du ***Code***. La disposition 51(5) 2 du ***Code*** dit que dans pareille situation, une professionnelle ou un professionnel est obligatoirement passible de la révocation de son certificat d'inscription pour une durée de cinq ans. En l'espèce, les collègues de M^me^ Melunsky qui siégeaient au sous-comité de l'ordre ont choisi de ne pas appliquer la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, jugeant que la révocation constituerait un traitement ou une peine cruels et inusités, contrairement à l'article 12 de la Charte canadienne des droits et libertés établie dans la Constitution de notre pays. Au lieu de cela,

le sous-comité de discipline de l'Ordre des physiothérapeutes a ordonné la suspension du certificat d'inscription de la membre pour une période de six mois, assortie de l'obligation de se présenter devant lui pour une réprimande.

En 1999, la physiothérapeute a porté la décision du sous-comité de discipline en ce qui a trait à sa conclusion et à la peine imposée en appel devant la Cour divisionnaire. La Cour a confirmé la conclusion d'inconduite professionnelle, mais a annulé la décision du sous-comité quant à la peine dont l'appelante devait être passible, la réduisant à une réprimande verbale. La Cour n'a pas donné de motifs écrits de son extraordinaire décision de passer outre les dispositions de la loi relatives à la révocation obligatoire. L'Ordre a demandé à la Cour d'appel l'autorisation d'en appeler de la décision de la Cour divisionnaire concernant la peine, mais en avril 1999, la Cour d'appel a signifié à l'ordre son refus d'entendre l'affaire.

Le groupe d'étude est d'avis que les décisions du sous-comité de discipline et de la Cour divisionnaire dans cette affaire soulignent l'urgence de mettre au point des programmes visant la sensibilisation des juges à la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel. C'est pourquoi nous recommandons la création du centre d'accès du public, abordé plus en détail au chapitre 2, dont le rôle sera, entre autres, d'offrir aux membres des ordres des renseignements approfondis et des activités de formation homogènes sur les questions de transfert des sentiments, sur les limites à ne pas transgresser dans la relation professionnel-patient et sur l'impact des mauvais traitements d'ordre sexuel sur les patientes et les patients.

Dans l'affaire Melunsky, les contacts sexuels avec les patients ont été présentés comme un choix personnel, plutôt qu'un comportement régi par des normes professionnelles. À notre avis, les enjeux sont loin d'être si simples.

Toute analyse plus éclairée de ces enjeux par un tribunal, à l'issue de laquelle un juge rendrait une décision motivée par écrit, serait la bienvenue, à condition toutefois qu'elle ne retarde pas la prise de mesures appropriées dans l'immédiat.

L'AFFAIRE DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO

La décision récente du comité de discipline de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dans l'affaire ***Mussani***[21] offre un heureux contraste avec l'affaire Melunsky. Le comité de discipline de l'OMCO saisi de cette affaire a tenu compte des circonstances de l'affaire Melunsky, faisant remarquer dans sa propre décision qu'à aucun moment, la Cour divisionnaire n'avait évoqué le choix du comité de discipline de passer outre les

dispositions prescrivant la révocation du certificat d'inscription, allant même jusqu'à dire qu'on était en droit de douter si ces dispositions avaient même été portées à l'attention de la Cour.

Le comité de discipline de l'OMCO a par ailleurs noté que l'Ordre des physiothérapeutes n'avait pas lancé de contre-appel et que personne n'avait contré la conclusion de l'autre comité de discipline selon laquelle la révocation obligatoire du certificat d'inscription pendant cinq ans serait contraire à l'article 12 de la Charte. La Cour s'était en effet uniquement penchée sur la façon dont le comité de discipline avait exercé son pouvoir discrétionnaire.

Dans l'affaire Mussani, le comité de discipline de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a trouvé le médecin coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel envers deux de ses patientes. Entre 1992 et 1994, le médecin avait eu des rencontres sexuelles, y compris des rapports sexuels, avec une patiente dans son bureau, à leurs domiciles respectifs et ailleurs. La patiente avait des problèmes de couple et le Dr Mussani lui fournissait des consultations et de la psychothérapie. La patiente est tombée enceinte, mais elle ne savait pas si son mari en était le père ou si c'était le Dr Mussani. Le médecin a fait le nécessaire pour que la patiente puisse avoir un avortement. En 1994, il a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à une autre patiente en l'embrassant de façon inconvenante dans son bureau.

Dans sa décision, le comité de discipline a abordé bon nombre des mêmes questions clef que notre groupe d'étude, à savoir la révocation obligatoire, les droits garantis par la Charte, le rapport fiduciaire entre les professionnels de la santé et leurs patientes ou patients et les obligations qui en découlent, de même que l'application de la tolérance zéro en matière d'abus sexuel. Le comité a évoqué la sensibilisation accrue des membres de la profession au début des années 90 au caractère inacceptable du moindre contact d'ordre sexuel entre les médecins et leurs patientes ou patients. Il s'est penché sur le rapport fiduciaire existant entre la patiente et le médecin, avant de conclure qu'en l'espèce, le comportement du médecin représentait un sérieux abus de confiance. Le comité a noté par ailleurs que la Ontario Medical Association souscrivait à la tolérance zéro concernant les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients par leurs médecins. Enfin, il a fait remarquer que l'ancienne loi, qui conférait aux comités de discipline certains pouvoirs discrétionnaires relatifs à la révocation des certificats d'inscription en cas d'infractions d'ordre sexuel, n'avait pas permis d'atteindre l'objectif ultime qui est d'éliminer tout comportement de cette nature.

Le comité de discipline a décidé à l'unanimité que la seule peine appropriée dans cette affaire était la révocation du certificat d'inscription du médecin, assortie d'une réprimande consignée dans son dossier. Le comité, après avoir examiné la révocation obligatoire prévue au paragraphe 51(5) du Code à la lumière de la Charte canadienne des droits et libertés, était arrivé à la conclusion que ce paragraphe n'était incompatible ni avec l'article 7, ni avec l'article 12, ni avec l'alinéa 2 d) de la Charte. Dans son argumentation relative au droit que protège l'alinéa 2 d) de la Charte, la « liberté d'association », le comité s'est rangé à l'avis que cet alinéa vise le droit d'un particulier de participer à une activité collective, autrement dit la liberté d'association dans les relations sociales, pas les relations sexuelles.

Le comité de discipline de l'OMCO amené à statuer sur l'affaire Mussani a donc adopté une attitude contraire à celle du comité qui avait entendu l'affaire Melunsky, notant que la décision rendue par ce dernier ne lui avait guère été de la moindre utilité, avant d'ajouter ceci :

[Traduction]

« Le comité de discipline a conclu que le Dr Mussani était coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente. Compte tenu de la force exécutoire du paragraphe 51(5) du Code, le comité de discipline n'a d'autre choix face à cette conclusion que de révoquer le certificat du Dr Mussani. Autrement dit, le comité de discipline ne peut exercer aucun pouvoir discrétionnaire en matière de détermination de la peine, même si pour une raison ou pour une autre il jugeait que la révocation du certificat n'était pas la peine appropriée. » (à la page 12)

« Après examen des textes faisant autorité, le comité n'est pas convaincu que le droit d'entamer une relation sexuelle soit un droit protégé par l'article 7 de la Charte. » (à la page 14)

La révocation obligatoire

Les patientes et les patients qui nous ont relaté leur histoire, en public ou en privé, ont beaucoup insisté sur le fait que la principale raison à la base de leur décision de porter plainte avait été la réalisation que le professionnel ou la professionnelle de la santé qui leur avait fait subir de mauvais traitements posait un risque permanent de récidive. D'ailleurs, nous avons appris que bien des fois, le dépôt d'une plainte n'était intervenu qu'après que la plaignante ou le plaignant ait eu connaissance du fait que le professionnel ou la professionnelle avait aussi commis des abus sexuels envers d'autres personnes. La plupart des victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé estiment que ces traitements leur laisseront des séquelles permanentes. Leur expérience personnelle de tout le mal que peuvent faire les mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé et leur inquiétude pour les autres patientes et patients de ces derniers ont amené les patientes et les patients à se prononcer fermement et sans équivoque en faveur

de la révocation obligatoire par les ordres du certificat d'inscription de tout membre reconnu coupable de ce type de traitement. Leur point de vue a trouvé un appui solide dans la décision récente rendue par le comité de discipline de l'OMCO dans l'affaire Mussani, où le mérite de la révocation obligatoire prescrite par la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** est résumé comme suit :

[TRADUCTION]

« Bien que le comité soit prêt à accepter que l'article 12 (de la Charte canadienne des droits et libertés) puisse aussi s'appliquer aux audiences disciplinaires des ordres de réglementation des professions de la santé, nous ne sommes pas persuadés que la révocation du certificat d'inscription soit en l'espèce une peine largement disproportionnée par rapport à l'infraction commise. L'abus sexuel des patientes et des patients est un délit grave qui appelle une peine sévère. Aucun médecin n'est assuré du droit inconditionnel d'exercer sa profession, au contraire, il est tout à fait indiqué que ce droit soit restreint (au moyen d'une révocation obligatoire) si un médecin se rend coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient. Pareille peine, aussi sévère soit-elle, est indispensable pour protéger le public et préserver l'intégrité de la profession. » (à la page 18)

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE CINQ

LES LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX CONTACTS D'ORDRE SEXUEL

RECOMMANDATION 19

19 Que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** qui interdit déjà tout contact d'ordre sexuel entre les membres des professions de la santé et leurs patientes ou patients, soit modifiée par l'ajout d'un énoncé bien clair des limites à ne pas franchir en matière de contacts d'ordre sexuel entre les membres des professions de la santé et leurs anciennes patientes ou anciens patients, à savoir :

a) qu'aucun membre d'une profession de la santé réglementée ne doit avoir de contact d'ordre sexuel avec une ancienne patiente ou un ancien patient pendant deux ans après la date de leur dernier contact professionnel, que le membre ou la membre ait ou non mis officiellement fin à sa relation professionnelle avec cette personne, étant entendu qu'aucun contact d'ordre sexuel ne doit jamais avoir lieu entre eux dans les circonstances où l'ancien patient ou l'ancienne patiente :

i) était une personne mineure durant sa relation professionnelle avec le ou la membre;

ii) était une personne atteinte d'un trouble de jugement durant sa relation professionnelle avec le ou la membre;

b) qu'aucun membre d'une profession de la santé réglementée ne doit jamais avoir de contact sexuel avec une ancienne patiente

ou un ancien patient avec qui il ou elle avait une relation professionnelle de nature psychothérapeutique.

LES PEINES CONFORMES À LA TOLÉRANCE ZÉRO

RECOMMANDATION 20

20 Que le ***Code*** soit modifié de sorte que les peines infligées aux membres d'une profession de la santé réglementée reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient reflètent la tolérance zéro à cet égard et qu'elles aient un effet dissuasif suffisant pour assurer la protection du public.

À cette fin, les modifications apportées au ***Code*** devraient établir les principes directeurs ci-après pour la détermination des peines :

a) dissuader spécifiquement le membre ou la membre en question de jamais répéter sa faute professionnelle d'ordre sexuel;

b) dissuader les membres de la profession en général de transgresser les règles de bonne conduite vis-à-vis des patientes et des patients;

c) confirmer que les mauvais traitements d'ordre sexuel sont un comportement qui n'est pas toléré dans notre société;

d) renforcer la confiance du public dans la capacité de chaque profession de superviser comme il se doit la conduite de ses membres.

LA RÉVOCATION OBLIGATOIRE DU CERTIFICAT D'INSCRIPTION EN CAS D'INCONDUITE D'ORDRE SEXUEL RÉPÉTÉE

RECOMMANDATION 21

21 Que le ***Code*** soit modifié de sorte que les membres ayant de façon répétée commis les incorrections ou les transgressions sexuelles visées aux alinéas 1(3) b) ou c) du ***Code*** soient obligatoirement passibles de la révocation de leur certificat d'inscription pour la durée que déterminera le sous-comité du comité de discipline qui les aura reconnus coupables.

CHAPITRE 6

Les services de soutien, de thérapie et de médiation

The Medical Post

CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL

Les psychiatres plus rangés que leurs collègues

Les questions d'abus sexuel moins faciles à trancher qu'on ne croît

Contacts d'ordre sexuel entre les thérapeutes et leur clientèle : jamais consensuels, jamais innocents

L'OMCO mal placé pour gérer le fonds d'aide aux victimes d'abus sexuel

Réforme possible du fonds d'aide aux victimes d'abus sexuel par des médecins

Helen Bramson parle de la thérapie requise par les victimes d'abus sexuel aux mains d'un professionnel de la santé

Les psychiatres décidés à

Confronter les sentiments érotiques ou amoureux dans une relation thérapeutique

xuels

The MEDICAL TIMES

CANADA'S NATIONAL NEWSPAPER THE GLOBE AND MAIL

The Medical Post

Ontario Medicine

The MEDICAL TIMES

CHAPITRE SIX

Les services de soutien, de thérapie et de médiation

L'OBJET DU FONDS POUR LA THÉRAPIE ET SES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

L'objet explicite des dispositions du Code des professions de la santé annexé à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** relatives aux mauvais traitements d'ordre sexuel infligés aux patients par des professionnels de la santé est ***« d'encourager le signalement de ces mauvais traitements, d'allouer des fonds pour la thérapie et les consultations destinées aux patients qui en ont été victimes et, finalement, de mettre fin à ces mauvais traitements. »***

Nous avons toutefois constaté que les règlements pris en application de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ne produisent pas les résultats escomptés. À la lecture des textes de loi, les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé s'attendent à pouvoir obtenir jusqu'à 10 000 $ en aide financière pour couvrir les frais de leur thérapie. Or, nous n'avons connaissance d'aucun ordre qui ait jamais accordé à une victime des fonds approchant même cet ordre de grandeur.

F Ontario Medicine Today The Medical Post ıe fait
p ɜ aux
moindres fonds pour la thérapie, sans égard au bien-fondé de sa plainte ou aux motifs avancés pour la rejeter. En l'état actuel des dispositions législatives pertinentes, les possibilités d'accès aux fonds pour la thérapie et les consultations sont extrêmement limitées. Si le professionnel ou la professionnelle de la santé a négocié un aveu ou choisit de sa propre initiative de renoncer à son certificat d'inscription, ou encore si l'ordre décide de ne pas donner suite à la plainte, la plaignante ou le plaignant est d'office inadmissible à cette aide financière.

Cette situation est extrêmement pénible pour les plaignantes et les plaignants et ne fait qu'aggraver leur traumatisme et leur frustration. Les propos ci-après ont été tirés d'observations faites en privé au CCRPS par des survivantes de mauvais traitements d'ordre sexuel. Dans le premier extrait, la survivante déplore sa longue attente pour recevoir des fonds pour sa thérapie et le fait

que son conjoint, victime par association, n'ait pas été admissible à des fonds pour des consultations.

J'ai trouvé la longue attente entre le dépôt de ma plainte et l'audience très stressante et il m'a fallu beaucoup de soins pour tenir le coup.

Si j'avais pu obtenir des fonds pour la thérapie rétroactivement au jour où j'ai pour la première fois parlé de ce qui m'était arrivé à un fournisseur de soins de santé, ou du moins au jour de mon entretien avec la personne chargée d'enquêter sur ma plainte au sein de l'ordre, ça aurait pu faire toute la différence. L'autre chose, c'est que maintenant, chaque fois que je veux utiliser les fonds pour ma thérapie, je dois payer quelqu'un pour garder mes enfants quand j'ai un rendez-vous chez mon thérapeute. Ça finit par me coûter très cher et rien n'est prévu pour m'aider de ce côté-là. En plus, de la façon dont les fonds sont gérés, il n'y a pas d'argent pour mon mari qui pourtant lui aussi aurait besoin de consultations pour surmonter toute cette affaire.

La plaignante avait dû attendre longtemps avant de recevoir des fonds pour sa thérapie, alors même que le professionnel contre qui elle avait porté plainte avait été reconnu coupable et que son certificat avait été révoqué. Il est par ailleurs exact qu'en l'état actuel des choses, les fonds pour la thérapie ne peuvent pas être utilisés pour couvrir des dépenses connexes, même directement liées à l'obtention de la thérapie. Cet état de fait rend le suivi d'une thérapie bien difficile pour certaines personnes, en particulier celles pour qui cela engendre des frais de garde d'enfants, de déplacement ou d'interurbain.

Une autre patiente décrivait ainsi la façon dont elle avait vécu l'attente des fonds pour sa thérapie :

Le temps qui s'est écoulé entre le moment où mon médecin a abusé de moi et le moment où j'ai reçu des fonds pour ma thérapie n'a pas été pris en compte. Pendant cette période où j'étais on ne peut plus stressée et où la thérapie m'était plus nécessaire que jamais, je n'ai pu y avoir accès qu'à nos frais, et je peux vous dire que ça nous a coûté cher. Le remboursement du coût de la thérapie suivie durant cette période serait d'un grand soulagement pour les victimes. Empiler des soucis d'argent sur la souffrance que cause à un abus sexuel, c'est trop injuste, ça n'aide vraiment pas une victime qui veut s'en sortir.

Autre chose qu'il faudrait à mon avis changer, ce sont les modalités de financement de la thérapie. En tant que victime, je dois dire que j'aurais préféré recevoir un paiement forfaitaire. J'ai l'impression que certains professionnels de la santé n'aiment pas s'occuper des victimes d'abus sexuels à cause de toute la paperasse qu'ils doivent remplir pour se faire payer. Le résultat, c'est que les victimes ont moins de choix quand elles cherchent un thérapeute, à moins de pouvoir et de bien vouloir payer de leur poche. Il y aurait tout intérêt à rendre les modalités de financement moins contraignantes, vu que l'idée c'est d'aider les victimes à guérir et à se remettre d'aplomb le plus vite possible pour qu'elles puissent de nouveau fonctionner normalement.

Cette personne a tout à fait raison lorsqu'elle évoque la réticence de bon nombre de thérapeutes à soigner des victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé à cause de toutes les formalités à remplir pour se faire payer et de toutes les heures souvent consacrées de façon bénévole à défendre leurs intérêts. Cette situation risque en effet de poser un grave problème aux victimes au niveau de l'accès à un

thérapeute en général, et en particulier à un thérapeute qui convienne vraiment à leurs besoins. La plupart des victimes ne peuvent faire leur choix que parmi les thérapeutes qui acceptent les tracasseries administratives liées au financement d'une thérapie par un ordre.

Une troisième plaignante, elle-même membre d'une profession régie par la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées,*** avait ajouté ceci :

Je suis tout à fait d'avis que le financement de la thérapie et des consultations devrait être rétroactif à la date des mauvais traitements. L'anxiété et le stress que vivent les victimes qui essaient de comprendre ce qui leur est arrivé, qui décident de porter plainte et qui doivent se soumettre au processus d'enquête sont inimaginables.

Cette plaignante a également laissé entendre que les personnes qui ont subi des mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé ont besoin de suivre une thérapie, pas juste **après** la procédure disciplinaire, mais dès le jour où les mauvais traitements se produisent. Rien n'est toutefois prévu pour financer leur thérapie durant cette période. La moindre des choses serait de rendre le financement de la thérapie rétroactif et de prendre un engagement ferme à cet égard envers les patientes et les patients.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour sa part a fait remarquer que présentement, le ***Code*** prévoit que lorsqu'un comité de discipline impose une amende à un professionnel ou une professionnelle de la santé, cette amende est reversée au gouvernement provincial. Il suggère que les ordres devraient plutôt conserver les sommes recueillies à titre d'amendes pour inconduite d'ordre sexuel et les mettre de côté dans un fonds spécial qui pourrait servir au financement de la thérapie et des consultations destinées aux patientes et patients victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Cette suggestion s'inscrit en droite ligne de l'article 38.4 de la loi de l'Île-du-Prince-Édouard, ***An Act to Amend the Medical Act, 1997,*** qui dit que lorsqu'un membre est reconnu coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel, le conseil peut, entre autres peines, lui imposer une amende dont le montant servirc à défrayer la thérapie ou les consultations dont l'ordre estime que la victime des mauvais traitements peut avoir besoin.

Un autre ordre a pris l'initiative de commanditer une enquête auprès des personnes lui ayant fait parvenir une plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel et auprès de ses membres mis en cause portant sur sa procédure de traitement des plaintes. Decima, la compagnie chargée de l'enquête, interrogera aussi les personnes ayant demandé des fonds pour leur thérapie sur ce qu'elles pensent du processus d'octroi de ces fonds.

Dans sa lettre en date du 7 janvier 2000, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée avait soumis au groupe d'étude la question suivante : « Dans quelles circonstances les ordres ont-ils recours à la possibilité de médiation prévue par leurs procédures relatives aux plaintes et à la discipline dans les cas de plaintes portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel? Les parties plaignantes concernées sont-elles satisfaites du processus de médiation? » (voir la question 8 au début du présent rapport).

Voici quelques réflexions reprises de l'ouvrage de Richard Steinecke[22] :

1. les ordres ayant recours à la médiation risquent, par souci d'économie, de trahir leur mandat, qui est de protéger le public;
2. les allégations d'infractions graves devraient toujours faire l'objet d'une procédure disciplinaire, de sorte que la condamnation des formes d'inconduite d'ordre sexuel alléguées soit publique et serve d'avertissement aux autres membres de la profession;
3. les personnes qui ont porté plainte risquent de se trouver en position de vulnérabilité durant le processus de médiation parce qu'elles n'ont pas pleinement conscience de leur droit d'insister pour que leur plainte fasse l'objet d'une procédure disciplinaire, parce qu'elles ne sont pas toujours représentées par une avocate ou un avocat et parce qu'elles ne s'expriment pas nécessairement avec la même aisance que le professionnel ou la professionnelle visés par leur plainte ou encore les avocates et avocats qui participent à la médiation;
4. enfin, du fait que l'issue de la médiation n'est souvent pas rendue publique et que même lorsqu'elle l'est, le nom du professionnel ou de la professionnelle de la santé mis en cause n'est pas divulgué, un examen en profondeur du processus de médiation est pratiquement impossible.

Nous sommes contre le recours à la médiation ou à toute autre forme de règlement à l'amiable pour des plaintes portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel. La ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ne contient aucune disposition précise touchant la médiation ou d'autres formes de règlement à l'amiable, autrement dit qui visent à régler des conflits ou des plaintes sans examen en profondeur ni audience. Le recours à la médiation ou à toute autre forme de règlement à l'amiable est évidemment très tentant pour les ordres, vu la possibilité de « limitation des coûts » qu'il offre. Il convient toutefois de noter qu'aucune information relative à l'issue de la médiation ou autre n'est ajoutée au tableau de l'ordre ni mise à la disposition du public.

Dans son mémoire au CCRPS en décembre 1999, l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario suggérait que dans certaines circonstances, l'issue des pourparlers en vue d'un règlement à l'amiable devrait être ajoutée aux données publiques du tableau de l'ordre, étant donné que le public est tout à fait en droit de savoir quels professionnels de la santé exercent leur profession sous surveillance aux termes d'une entente ou d'un engagement découlant d'une médiation ou autre règlement à l'amiable.

Lors de la table ronde à laquelle le groupe d'étude avait convié des représentantes et des représentants des ordres en mai de cette année, la Dre Dody Bienenstock, membre du conseil d'administration de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, a fait savoir que l'OMCO avait fait un essai de médiation ou autre forme de règlement à l'amiable à l'égard de quatre plaintes, pour en arriver à la conclusion que ces mécanismes ne se prêtent pas aux cas de mauvais traitements d'ordre sexuel et qu'il ne serait plus question d'y avoir recours dans pareilles circonstances.

Un autre ordre a abondé dans le sens du rejet de toute forme de règlement à l'amiable pour les plaintes portant sur des mauvais traitements d'ordre sexuel en rappelant que les plaignantes ou plaignants sont dans un état de vulnérabilité et ne sont pas convaincus que ce type de processus est transparent et exhaustif. L'ordre en question accorde beaucoup d'importance au fait que les membres du public, et en particulier les patientes ou patients susceptibles de porter plainte, sachent bien que l'auto-réglementation n'est pas un processus privé. Néanmoins, certains ordres partagent un optimisme mal fondé que le recours à la médiation ou à d'autres mécanismes similaires comme moyen de règlement des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel est « prometteur ». Nous avions formulé une mise en garde dans notre rapport à l'OMCO en 1991 que ces mécanismes ne sont pas dans l'intérêt des patientes ou patients ni dans l'intérêt public. Encore une fois, les témoignages et observations que nous ont présenté les patientes et patients à propos du recours par les ordres à la médiation en réponse aux plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel renforcent notre conviction que ce type de mécanisme ne constitue pas, et ne constituera jamais, un moyen équitable de régler des plaintes de cette nature, compte tenu des problèmes de transfert des sentiments et de rapport de force déséquilibré que l'on y retrouve inévitablement.

HEATHER

En 1994, « Heather », après avoir déposé une plainte auprès d'un ordre, a accepté la suggestion de celui-ci de tenter de régler sa plainte par la médiation. Le thérapeute mis en cause dans sa

plainte a admis avoir prescrit des anti-dépresseurs à Heather et avoir eu des rapports sexuels avec elle alors qu'elle était sa patiente. Elle nous a communiqué, par écrit, la suite de son histoire après l'échec de la médiation. Heather et son mari avaient signé une entente de non-divulgation à la condition qu'en cas d'échec de la médiation, la plainte serait traitée suivant la procédure habituelle, ce qui dans son cas, compte tenu de l'aveu du thérapeute, signifiait sa transmission au comité de discipline.

Heather :

J'ai accepté de tenter la médiation sur la foi de l'engagement de l'ordre que ma plainte serait soumise au comité de discipline si la médiation devait échouer. Sur le moment, quand on m'a proposé la médiation, j'ai pensé que c'était une bonne idée, parce que je voulais surtout confronter mon thérapeute en personne et parce qu'un règlement à l'amiable me semblait tout à fait possible. En plus, la médiation correspondait mieux à mes convictions religieuses.

Le tête-à-tête avec le thérapeute s'est avéré très bénéfique pour moi, mais le médiateur, le déroulement de la médiation et, bien entendu, l'échec de celle-ci, m'ont profondément déçue. Maintenant, reste à voir si l'ordre va tenir sa promesse de soumettre ma plainte à son comité de discipline. Je ne m'attends pas à savoir ce qu'il en est avant un bon bout de temps, parce que rien de leur côté ne va jamais bien vite.

Dans sa lettre, Heather a par ailleurs expliqué sa position comme ceci :

La médiation n'a pas répondu à mes attentes. J'ai l'impression que le thérapeute et l'ordre voient surtout ma plainte comme un cauchemar qu'ils voudraient faire disparaître. Au fond, je les comprends, j'ai souvent ressenti la même chose. Je n'ai pas réalisé tout de suite ce qui se passait, mais après la médiation, j'ai comme rechuté dans l'état affectif où j'étais avant. En fait, j'essayais de faire tout mon possible pour plaire à cet homme que j'étais venue accuser. Je me suis retrouvée seule avec lui dans la pièce où se déroulait la médiation pendant quelques instants, alors que tout le monde venait de sortir. Nous avons échangé quelques mots et ce qu'il m'a fait ressentir a ravivé l'attachement que j'avais pour lui et m'a définitivement remise dans une position où je voulais avant tout lui faire plaisir.

Après un examen des faits relatifs à la plainte de Heather, le groupe d'étude a conclu qu'ils ne correspondaient pas du tout à la description que l'ordre donnait publiquement de son processus de médiation. Ceci nous a amené à consulter des spécialistes en la matière pour leur demander leur avis sur le recours à la médiation dans ce type de situation.[23]

Ces spécialistes nous ont fait une série d'observations générales, dont le principe directeur est que **la sécurité passe avant tout** :

- il ne faut jamais que la médiation compromette la sécurité de la patiente ou du patient, ni la sécurité publique;
- tout bon médiateur qui se respecte déconseillerait la médiation dans des cas impliquant manifestement un transfert des sentiments;
- chaque fois qu'une médiation porte sur une affaire dans laquelle une dynamique sexuelle entre en jeu, des médiateurs

chevronnés doivent procéder à une évaluation très rigoureuse préalable à la médiation pour déterminer si celle-ci est vraiment indiquée;

- jamais des médiateurs chevronnés ne rencontreraient les deux parties en même temps dans ce type d'affaire.

On retrouve des échos de ces observations dans ce que nous ont dit les patientes et les patients qui ont communiqué avec nous à ce sujet. Heather en particulier nous a adressé la supplique suivante :

Je vous en supplie, si jamais vous participez à une médiation, faites bien attention que la patiente ne se trouve jamais seule avec le professionnel. Elle est encore vulnérable. Dans une situation pareille, il est presque impossible de rester ferme et cohérente, en tout cas, ça l'a été pour moi.

Récemment, plus de deux ans après cette séance de médiation infructueuse où elle s'était trouvée seule à seule avec l'homme qui avait abusé d'elle, Heather a reçu une lettre de l'ordre l'avisant que le comité des plaintes avait décidé de ne pas soumettre sa plainte à un sous-comité du comité de discipline.

Pleine de contradictions, cette lettre était essentiellement une rupture par écrit de la promesse que l'ordre avait faite à Heather pour l'amener à accepter une tentative de médiation. Cette affaire illustre à notre sens de façon troublante combien peu la médiation se prête aux plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel par des professionnels de la santé, mais aussi à quel point l'attitude de certains ordres vis-à-vis de ces plaintes dénigre les patientes et les patients. La correspondance que l'ordre avait fait parvenir à Heather au départ était truffée de promesses, rien de plus. La sympathie et l'obligeance sont des sentiments que les membres de l'ordre réservent à leurs collègues.

La dernière lettre que l'ordre a envoyée à Heather lui disait que [TRADUCTION] ***« dès le premier jour, le comité des plaintes a été porté à croire que [le membre] cherchait à poursuivre cette relation, qu'il avait un problème de transgression des limites à toute relation professionnel-patiente. »*** Or, malgré son admission que [TRADUCTION] « même dans le contexte des normes existant à l'époque où la transgression sexuelle a commencé [avant l'adoption de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***], aucun médecin empreint d'un peu de bon sens n'aurait entamé de " relation " de cette nature avec une patiente », le comité des plaintes a refusé de renvoyer l'affaire au comité de discipline.

Le comité des plaintes a également admis qu'il avait pris connaissance des notes que le thérapeute avait prises du temps où il soignait Heather et semble d'ailleurs le féliciter d'y avoir consigné ses problèmes en matière de transfert des sentiments. Le regard que les membres du comité ont porté sur cette affaire

semble limité au point de vue de leur collègue et teinté du souci de préserver ses possibilités de carrière, sans trop d'égards pour le préjudice à long terme causé à la patiente.

Les membres du comité ont ajouté que l'examen des notes du thérapeute relatives à ses patientes suffisait à les satisfaire que le thérapeute était [TRADUCTION] ***« conscient de ses problèmes et [qu'il]avait tout fait pour les garder sous contrôle. Une fois la relation professionnelle avec la patiente terminée, [le membre] s'est aperçu à quel point il était difficile de poursuivre une relation avec une ancienne patiente. »***

N'empêche que pour ce qui est de la poursuivre, il l'a poursuivie. Comme Heather le dit au groupe d'étude :

Un jour j'étais sa patiente, et le lendemain, j'étais une ancienne patiente.

Ce qui laisse perplexe quand on lit la décision du comité des plaintes dans cette affaire, c'est de constater qu'il reconnait le recoupement entre la période où Heather était la patiente du thérapeute et la période où il avait des rapports sexuels avec elle et lui prescrivait des médicaments, pour ensuite ajouter qu'il a [TRADUCTION] « fini par mettre un terme à cette relation amoureuse, surtout à cause du climat qui régnait à l'époque » (après la publication du premier rapport du groupe d'étude en 1991). Par contre, ils ne tiennent aucun compte des préoccupations de la patiente, préférant qualifier la conduite de leur collègue de « relation amoureuse ». Les membres du comité justifient leur décision en disant que le thérapeute en question s'est engagé par écrit à assister à des cours de sensibilisation aux limites à ne pas transgresser dans la relation professionnel-patiente, à assumer les frais de ces cours et à mettre en application tous les autres conseils qui lui ont été donnés.

Dans sa correspondance avec l'ordre qu'elle nous a fait parvenir à titre d'information, Heather faisait bien comprendre qu'elle comptait sur l'ordre pour tenir son engagement de soumettre sa plainte à un sous-comité du comité de discipline en cas d'échec de la médiation. Paradoxalement, les membres du comité des plaintes affirment à l'appui de leur décision de rejet que la patiente n'avait pas manifesté d'intérêt à donner suite à l'affaire et qu'elle avait de surcroît été introuvable. Le groupe d'étude a appris que Heather avait bien à un moment donné déménagé, mais l'un des numéros de téléphone dont l'ordre s'était déjà servi pour la joindre était resté inchangé. Le comité des plaintes a été jusqu'à dire dans sa décision qu'il était arrivé à la conclusion qu'il n'était pas dans l'intérêt public de tenir une audience disciplinaire sur cette affaire.

La réalité est que le comité des plaintes de l'ordre n'a pas honoré l'engagement pris par le personnel de l'ordre de renvoyer l'affaire au comité de discipline en cas d'échec de la médiation.

En prenant connaissance de la dernière lettre que l'ordre lui a fait parvenir, Heather a remarqué la devise de ce dernier. Elle dit qu'en repensant à ses années de démêlés avec l'ordre, l'idée lui est venue que

leur véritable devise, c'est « protéger nos membres et induire le public en erreur »…. et moi je reste avec le sentiment que je ne vaux rien, je suis encore plus abattue qu'avant.

La mésaventure de Heather confirme bien l'opinion de la directrice des services juridiques de la Barbara Schlifer Commemorative Clinic, Mary Lou Fassel, qui a représenté plusieurs patientes dans les procédures de divers ordres : [TRADUCTION] « Il ne faut pas oublier que "l'autre" partie à laquelle la plaignante a le sentiment d'avoir affaire dans une médiation risque fort d'être l'ordre même, et pas juste le professionnel visé par sa plainte et l'avocat qui le représente. »[24]

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE SIX

L'ÉLARGISSEMENT DU FINANCEMENT DE LA THÉRAPIE

RECOMMANDATION 22

20 Que soit pris un règlement en application de l'article 85.7 du ***Code*** afin de préciser que les fonds alloués par les ordres aux personnes qui ont porté plainte contre quelqu'un parmi leurs membres pour mauvais traitements d'ordre sexuel en vue de leur permettre de suivre une thérapie liée à ces mauvais traitements peuvent aussi couvrir le coût des médicaments, des services de garde d'enfant, de même qu'un montant raisonnable des frais de déplacement et d'hébergement associés à cette thérapie.

RECOMMANDATION 23

23 Que le ***Code*** soit modifié par l'ajout, d'une part, d'une disposition prévoyant la possibilité d'un financement rétroactif de la thérapie, autrement dit du remboursement de la thérapie qu'une personne qui a porté plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel par un professionnel ou une professionnelle de la santé a suivi avant l'audition de sa plainte et, d'autre part, d'une disposition garantissant que les sommes versées à titre d'amende par des professionnels de la santé reconnus coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel soient consacrées au financement de la thérapie des victimes de ce type de traitements.

RECOMMANDATION 24

24 Qu'un règlement pris en application de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** précise qu'une personne qui, lorsqu'elle était une patiente ou un patient, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé, peut aussi être admissible à un financement de sa thérapie ou de ses consultations liées à ces mauvais traitements si l'une des conditions suivantes est remplie :

a) un professionnel ou une professionnelle de la santé admet dans une déclaration faite à l'ordre qui réglemente sa profession qu'il ou elle a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à la personne en question lorsqu'elle était sa patiente ou son patient;

b) le professionnel ou la professionnelle de la santé a été reconnu coupable aux termes du ***Code criminel*** du Canada d'agression sexuelle envers une personne lorsque celle-ci était sa patiente ou son patient;

c) le centre d'accès du public ou tout autre organisme chargé de rendre une décision à cet égard estime que la preuve présentée est suffisante pour laisser raisonnablement penser que la personne a effectivement subi des mauvais traitements d'ordre sexuel aux mains d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé.

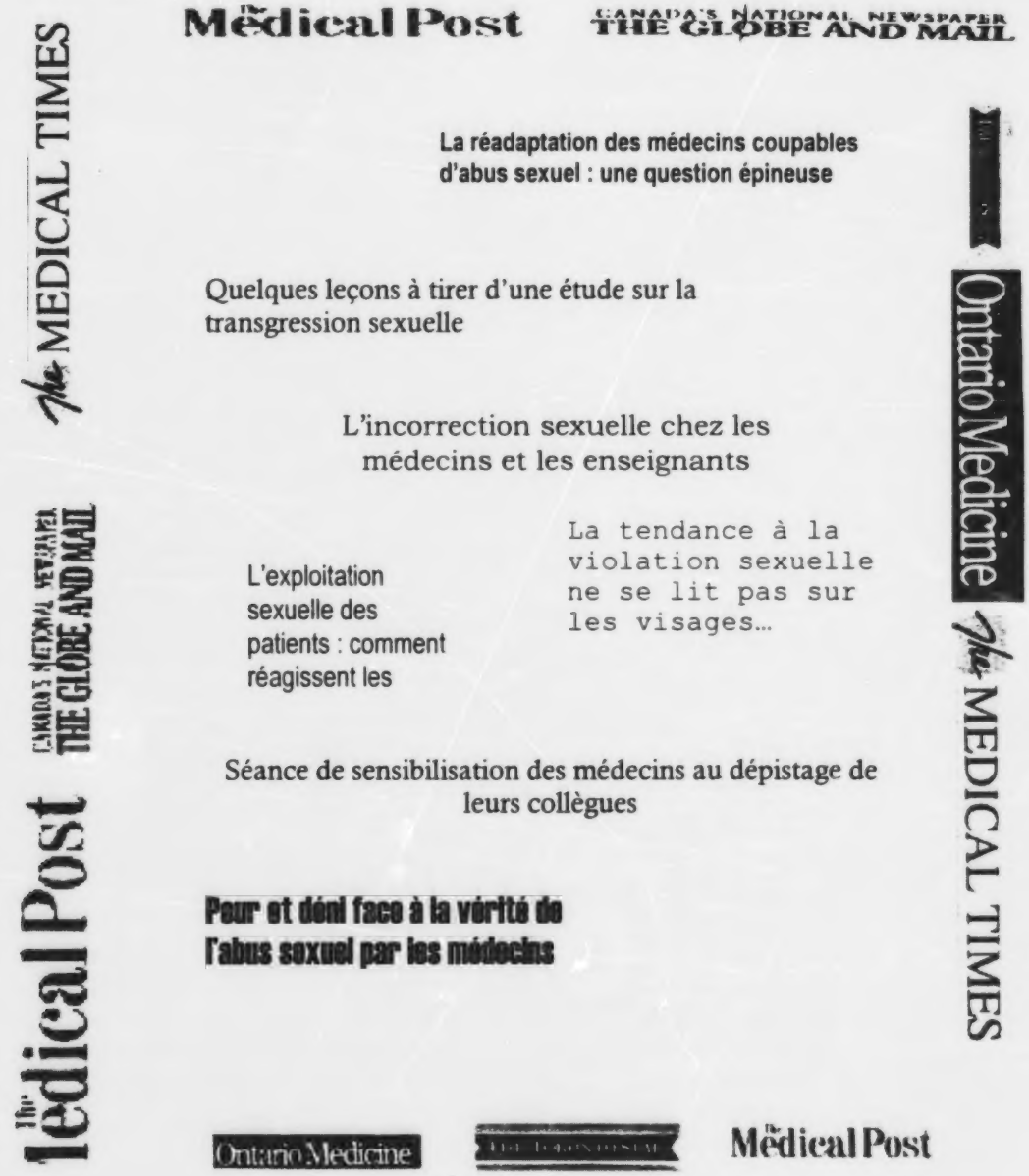
L'EXCLUSION DE LA MÉDIATION OU D'AUTRES FORMES DE RÈGLEMENT À L'AMIABLE

RECOMMANDATION 25

25 Qu'une modification soit apportée au ***Code*** afin d'y préciser qu'il est exclu de recourir à la médiation ou de tenter toute autre forme de règlement à l'amiable à l'égard des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel.

CHAPITRE 7

L'information, l'éducation et la formation



CHAPITRE SEPT

L'information, l'éducation et la formation

L'INFORMATION FIGURANT DANS LES DOSSIERS PUBLICS DES ORDRES

Alors que de nos jours, le public s'attend de plus en plus à pouvoir accéder à de l'information en tous genres, la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** continue d'interdire aux ordres de réglementation des professions de la santé de rendre compte publiquement d'une bonne partie de leurs activités.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, dans une lettre au groupe d'étude, a dit regretter le fait que lorsqu'un de ses membres démissionne, ce renseignement est traité comme confidentiel. L'OMCO estime que les démissions devraient faire partie des données accessibles au public. Il a même été jusqu'à recommander au CCRPS que les ententes en tous genres conclues avec les médecins figurent au tableau de l'ordre.

L'ACCÈS À DES DONNÉES PROVINCIALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

L'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, lui, fait remarquer dans son mémoire au CCRPS que la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** ne contient qu'un nombre limité de dispositions concernant le partage d'information qui, de plus, sont souvent contraires à l'intérêt public. L'ordre a laissé entendre qu'il serait préférable d'instaurer un système permettant d'échanger des données sur les procédures relatives aux plaintes et à la discipline avec les ordres des autres provinces et territoires, par exemple une base de données nationale. La clef du succès d'une telle base de données est bien sûr que tout le monde veuille bien l'alimenter et l'utiliser.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a entrepris un examen des bases de données en place aux États-Unis pour se faire une idée du genre de système que l'on pourrait mettre en place chez nous. Comme l'a dit le Dr Gary Schoener,[25] les employeurs doivent pouvoir répondre des personnes qu'ils embauchent.

L'une de nos collègues au groupe d'étude, la Dre Briar Long, qui est en troisième année de résidence dans un établissement psychiatrique, nous a fait part de son étonnement qu'aucune attestation de bonne moralité ne lui ait été demandée avant qu'elle ne soit autorisée à travailler seule avec de jeunes patientes et patients.

« J'étais stupéfaite que ce soit MAINTENANT qu'on vérifie mes bonnes mœurs, y compris mon casier judiciaire, et pas avant de m'admettre à la faculté de médecine, ni avant de me remettre mon diplôme, ni avant que je n'entame mon internat, ni même avant que je ne commence à assumer mon quart au service de psychiatrie infantile. Là, dans ma troisième année, cela faisait cinq mois que je m'occupais seule d'un certain nombre de patientes et de patients. L'établissement avait adopté une politique de vérification obligatoire des antécédents bien des mois auparavant, mais il ne l'appliquait pas. »

Les propos de la Dre Long soulignent bien l'importance d'assurer un suivi des systèmes après leur mise en place.

En 1991, les membres du groupe d'étude avaient été non pas surpris, mais déçus, de voir qu'il n'existait aucune base de données nationale ni internationale sur les membres des professions de la santé. Aujourd'hui, les membres du groupe d'étude s'inquiètent de voir le peu de progrès qui ont été accomplis depuis neuf ans dans le sens de la constitution de telles bases de données. Dans notre rapport de 1991, nous avions formulé la recommandation suivante : [TRADUCTION] ***« que l'une des conditions d'obtention d'un certificat d'inscription à l'ordre soit la communication à ce dernier de toute condamnation au criminel liée à une infraction d'ordre sexuel et de toute poursuite entamée au civil pour incorrection sexuelle ou pour transgression sexuelle contre l'auteur de la demande, et que l'ordre, avant de délivrer un certificat d'inscription, vérifie auprès des autres organismes ayant délivré une autorisation d'exercice à l'auteur de la demande, le cas échéant, s'ils ont eu connaissance qu'il ou elle ait déjà fait l'objet d'une telle condamnation ou poursuite. »***[26]

Une autre de nos recommandations en 1991 avait été [TRADUCTION] ***« que dès le moment où l'ordre a reconnu un médecin coupable d'incorrection sexuelle ou de violation sexuelle, il en informe sans tarder les autres ordres des médecins et chirurgiens des autres provinces et territoires du Canada, de même que les organismes compétents aux États-Unis, en particulier la Board of Action Data Bank tenue à jour par la Federation of State Medical Licensing Boards à Fort Worth, Texas; et que les ordres de réglementation élaborent par ailleurs un protocole d'échange de données avec la Fédération des ordres des médecins du Canada. »***

Il s'agit là d'une initiative dont le centre d'accès du public devrait s'occuper en priorité.

L'INFORMATION ET LA SENSIBILISATION DU PUBLIC

Bien que le paragraphe 3(1) du *Code* énonce comme l'un des objets des ordres « élaborer et maintenir des programmes visant à aider les particuliers à exercer leurs droits aux termes du présent code et de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées »***, le public reste mal informé de ses droits.

Au moment où la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** a été proclamée, la ministre de la Santé de l'époque

avait annoncé l'élaboration d'un vaste programme d'éducation qui aiderait les particuliers à mieux comprendre le rôle des ordres et leurs propres droits aux termes de la nouvelle loi. Nous n'avons pas eu connaissance qu'un tel programme ait jamais été lancé.

D'après l'Ordre des technologues dentaires, la plupart des personnes qui ont affaire au système de santé ne sont toujours pas au courant des normes d'exercice auxquelles les professionnels de la santé sont censés satisfaire, ni du droit d'une patiente ou d'un patient de porter plainte auprès des ordres de réglementation des professions de la santé. L'ordre note également que bien des particuliers ignorent que les ordres ne sont pas habilités à accorder une aide financière directe aux plaignantes ou aux plaignants.

Il incombe au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de veiller à ce que l'éducation du public ait lieu de façon homogène et efficiente. L'Ordre des technologues dentaires estime que l'une des principales lacunes de la mise en œuvre de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** est l'absence d'un système d'information et d'éducation du public centralisé et complet.

L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario prône d'élargir le mandat des comités de relations avec les patientes et les patients par l'inclusion d'une fonction d'information et d'éducation du public. Le groupe d'étude convient que cette mesure compléterait avantageusement la fonction éducative du centre d'accès du public.

Une fois de plus, nous aimerions citer en exemple les efforts entrepris à l'Île-du-Prince-Édouard pour faire en sorte que le public soit au courant des procédures et des services disponibles pour les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel. L'article 38.5 de la loi pertinente, ***An Act to Amend the Medicine Act, 1997,*** dit que le conseil d'un ordre doit mettre sur pied un programme permanent visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à traiter de ceux-ci et que ce programme doit prévoir, entre autres choses, la sensibilisation du public à des questions telles que les signes avertisseurs de comportements inacceptables, les méthodes de prévention, les recours en cas d'abus et la publication de la marche à suivre concernant le dépôt d'une plainte, l'enquête sur celle-ci et son audition par le comité de discipline, s'il y a lieu.

LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ NON RÉGLEMENTÉES

Une chose qui nous préoccupe particulièrement est le manque d'efforts déployés pour mieux sensibiliser le public à l'existence de professions de la santé qui ne sont pas réglementées. Nous estimons qu'il faut expliquer au public comment se mettre à l'abri de mauvais traitements par les membres de ces professions (au

même titre que par les membres des professions de la santé réglementées). Nous pensons de plus qu'il serait indiqué d'adopter une loi exigeant des fournisseurs de soins de santé non réglementés d'informer leurs patientes et leurs patients de leur statut et donc du fait qu'ils ne sont pas soumis à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***.

Il s'agirait en particulier d'étudier le meilleur moyen législatif de protéger les patientes et les patients contre ceux de ces fournisseurs qui ont déjà fait l'objet d'une révocation de licence ou de permis d'exercice suite à de mauvais traitements d'ordre sexuel ou qui profitent de leur absence de réglementation pour infliger ce type de mauvais traitements à des patientes et des patients.

L'ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Selon les paragraphes 84 (2) et (3) de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées***, le programme de relations avec les patientes et les patients doit comprendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patientes et des patients ou à traiter de ceux-ci, mesures qui doivent porter sur « les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres; les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients; la formation à donner au personnel de l'ordre » et « la communication de renseignements au public ». Le paragraphe 84 (4) précise en outre que le conseil de l'ordre doit remettre au CCRPS un rapport écrit décrivant le programme de relations avec les patientes et les patients et, chaque fois que des modifications y sont apportées, un rapport écrit décrivant celles-ci. Ce sont là d'importantes mesures de surveillance dont la mise en œuvre devrait être accélérée.

Le fait que les personnes appartenant à certaines professions de la santé n'ont guère de contact direct avec leurs patientes ou patients n'est pas une garantie en soi qu'elles ne leur infligeront jamais de mauvais traitements d'ordre sexuel. Plusieurs ordres en ont convenu dans leurs mémoires au CCRPS en 1999. L'Ordre des diététistes de l'Ontario a par exemple parlé de la nécessité de responsabiliser ses membres, et notamment de les éduquer sur les différents aspects des mauvais traitements d'ordre sexuel envers des patientes ou des patients. L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario va même plus loin, en ce sens qu'il offre ce type d'éducation à l'ensemble de ses membres. La sensibilisation aux mauvais traitements d'ordre sexuel envers les patientes et les patients représente même un cours obligatoire du programme d'études en pharmacie de la University of Toronto, et l'ordre a inclus ce sujet dans son examen sur la philosophie du droit auquel

doivent se présenter les personnes qui lui demandent un certificat d'inscription.

Les ordres ontariens ne sont pas les seuls à se préoccuper de l'éducation de leurs membres sur les divers aspects et implications des mauvais traitements d'ordre sexuel.

À l'Île-du-Prince-Édouard, ce type d'éducation et de formation est prescrit par la loi. En effet, l'article 38.5 de sa loi, ***An Act to Amend the Medical Act, 1997,*** stipule que le conseil d'un ordre doit mettre sur pied un programme permanent visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel ou à traiter de ceux-ci et que ce programme doit prévoir, d'une part, la formation obligatoire des médecins sur les questions de droit, les comportements inacceptables, les signes avertisseurs et les méthodes de prévention et, d'autre part, la publication de lignes directrices relatives à la conduite que les médecins doivent adopter avec leurs patientes et patients pour éviter tout abus.

Si l'Ontario décidait d'emboîter le pas à l'Île-du-Prince-Édouard dans ce domaine, ces activités d'éducation et de formation seraient du ressort du centre d'accès du public.

Un rapport produit par un comité indépendant du College of Physicians and Surgeons of Alberta présente les recommandations suivantes :

- que des modifications soient apportées à la formation médicale à tous les niveaux, tant pour les étudiantes et étudiants de premier cycle que pour les internes, les résidentes et résidents, les membres associés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, les professeurs de faculté, les médecins en exercice et les diplômés de l'étranger;
- que la durée des cours portant sur les mauvais traitements d'ordre sexuel soit augmentée et que la teneur de ces cours fasse partie des sujets d'examen et d'agrément tout au long des études, de la formation et de la carrière des médecins.[27]

Ce comité indépendant albertain encourage par ailleurs l'ordre qui lui a commandité son rapport à faire intervenir des personnes familières avec tout ce qui touche les mauvais traitements d'ordre sexuel dans la formation des médecins, par exemple des membres de groupes de défense des intérêts des survivantes ou des survivants d'abus sexuels, des psychologues, ou encore des techniciennes et techniciens en travail social. Il estime par ailleurs que le programme de cours sur les mauvais traitements d'ordre sexuel devra inculquer aux médecins une bonne compréhension non seulement du contexte dans lequel se produisent les abus sexuels des patientes et des patients, mais aussi des différences au niveau de la socialisation des hommes et des femmes et de leurs

rôles respectifs au sein de la société, du dossier de l'égalité des femmes, des variantes culturelles dans les comportements, ou encore des écarts au niveau de la perception de la santé, des valeurs et de la sexualité individuelle des uns et des autres.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a lui aussi adopté des mesures législatives visant à prévenir l'abus sexuel. En effet, le paragraphe 28.3 (1) de sa ***Loi relative aux professionnels de la santé*** dit que « l'Association doit prendre des mesures pour empêcher l'abus sexuel des patients par ses membres ». Le paragraphe 28.3 (2) précise les mesures visées au premier paragraphe, disant qu'elles « doivent comprendre a) l'éducation des membres sur les abus sexuels, b) des lignes directrices pour la conduite des membres avec les patients, c) la fourniture au public de renseignements sur ces lignes directrices et d) l'information du public sur les procédures de plaintes prévues par la présente loi ».

CONCLUSION

Durant nos audiences, tant publique que privée, les patientes et les patients n'ont eu cesse de répéter combien le manque d'information leur avait causé de tort à toutes les étapes de leurs efforts pour obtenir une réponse adéquate à leurs plaintes. Le nouveau modèle d'auto-réglementation présenté au chapitre 2 du présent rapport (le centre d'accès du public) vise à répondre aux besoins des patientes et des patients en tenant compte des solutions qu'ils nous ont proposées pour éviter à d'autres les mêmes frustrations. Cette réforme majeure de la façon dont les ordres et le ministère servent l'intérêt public devra être consacrée par des engagements législatifs et consolidée par des politiques concrètes et efficaces pour rendre les procédures plus accessibles aux patientes et patients comme au public en général.

RECOMMANDATIONS - CHAPITRE SEPT

Pour terminer, nous avons formulé neuf autres recommandations qui complètent nos conseils et recommandations sur les stratégies qui pourraient permettre d'enrayer le problème de l'abus sexuel des patientes et des patients en Ontario. Nous n'avons pas perdu de vue que l'Ontario est reconnu comme un chef de file en la matière. Les recommandations mises de l'avant dans le présent rapport visent essentiellement une redistribution des ressources par l'adoption d'un modèle coopératif et efficace d'auto-réglementation des professionnels de la santé davantage axé sur les patientes et les patients.

L'INFORMATION FIGURANT DANS LES DOSSIERS PUBLICS DES ORDRES

RECOMMANDATION 26

26 Qu'une modification soit apportée à la disposition 23(3) 3.1 du ***Code*** à l'effet, d'une part, que le tableau d'un ordre doit inclure l'issue des procédures disciplinaires au cours desquelles il a été conclu qu'une personne membre d'une profession de la santé réglementée a infligé à une patiente ou à un patient des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens de l'alinéa 1(3) c) du ***Code*** [comportements ou remarques], au même titre que celles où il aurait été conclu qu'elle s'est rendue coupable dans les mêmes circonstances de mauvais traitements d'ordre sexuel au sens des alinéas 1(3) a) [rapports physiques d'ordre sexuel] et b) [attouchements d'ordre sexuel] et, d'autre part, que le personnel de l'ordre est obligé de communiquer la nature d'une plainte à toute personne qui demande à en être informée.

RECOMMANDATION 27

27 Que le paragraphe 23(2) du ***Code*** soit modifié de sorte à garantir que soient ajoutés aux tableaux des ordres des renseignements relatifs aux conditions, notamment la participation à un programme de sensibilisation ou autre, imposées aux membres ayant fait l'objet d'une plainte pour mauvais traitements d'ordre sexuel envers une patiente ou un patient, de même que des indications quant au respect de ces conditions.

RECOMMANDATION 28

28 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant que les ordres soient tenus de publier et de conserver dans un registre public toutes les décisions prises par des sous-comités de leur comité de discipline ou autrement à l'issue des plaintes pour mauvais traitements d'ordre sexuel qu'ils ont eues à traiter, y compris les décisions de suspendre un certificat d'inscription et les décisions prises par des membres de démissionner de l'ordre.

RECOMMANDATION 29

29.0 Que les personnes demandant la délivrance ou la remise en vigueur d'un certificat d'inscription à un ordre aux termes de la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** soient tenues de fournir une attestation de bonne moralité, y compris des déclarations sous serment portant sur d'éventuelles inculpations et condamnations pour infractions criminelles, sur les conclusions de tout tribunal civil chargé de décider un procès touchant des questions de harcèlement ou d'abus sexuel auquel elles ont pu être parties, de même que les motifs cités en cas de démission ou

de suspension, si elles ont déjà donné leur démission d'une profession de la santé quelconque ou fait l'objet d'une suspension par un ordre ou un autre organisme de réglementation d'une profession de la santé en Ontario ou ailleurs.

29.1 Que les demandes de remise en vigueur d'un certificat d'inscription fassent mention de toute condition dont l'ordre a assorti pareille remise en vigueur, le cas échéant, et qu'elles soient accompagnées de la preuve que l'auteur de la demande a bien rempli ces conditions avant de demander la remise en vigueur de son certificat d'inscription.

L'ACCÈS À DES DONNÉES PROVINCIALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

RECOMMANDATION 30

30 Qu'une modification soit apportée à la ***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*** prévoyant que si une professionnelle ou un professionnel de la santé est reconnu coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'issue d'une audience disciplinaire ou autrement, l'ordre compétent soit tenu d'en informer tous les autres organismes chargés de la délivrance des autorisations d'exercer une profession de la santé au Canada et de conserver dans ses dossiers une confirmation écrite que pareil avis a été donné.

RECOMMANDATION 31

31 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée prenne l'initiative d'une action concertée visant à créer et à tenir à jour deux bases de données, l'une nationale, l'autre internationale, sur les personnes membres d'une profession de la santé réglementée reconnues coupables de mauvais traitements d'ordre sexuel, de sorte à permettre les échanges de ces données avec les organismes chargés de délivrer les autorisations d'exercer ces professions et les établissements de santé ailleurs qu'en Ontario.

LA PROTECTION CONTRE L'ABUS SEXUEL PAR LES MEMBRES DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ NON RÉGLEMENTÉES

RECOMMANDATION 32

32 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'équipe de surveillance du CCRPS, de concert avec le centre d'accès du public, fassent faire des recherches visant à cerner quel mécanisme législatif se prêterait le mieux à la création et au maintien d'un registre public où figureraient les noms des personnes membres d'une profession de la santé non réglementée s'étant déjà vu retirer leur autorisation d'exercer leur profession par suite de l'abus sexuel d'une patiente ou d'un patient.

RECOMMANDATION 33

33 Que le CCRPS veille à ce que son étude actuelle des programmes de relations avec les patientes et les patients mis sur pied par les ordres comporte une analyse de questionnaires d'évaluation confidentiels, remplis par des personnes ayant obtenu l'année même leur diplôme d'études liées à une profession de la santé réglementée, de même que par des patientes ou patients et par des personnes défendant leurs intérêts, leur demandant leur avis sur les mesures que ces programmes doivent comprendre conformément à l'article 84 du ***Code*** en ce qui concerne :

- les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;
- les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;
- la communication de renseignements au public.

RECOMMANDATION 34

34 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le centre d'accès du public, les ordres de réglementation des professions de la santé, les établissements d'études postsecondaires et les groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, prenne immédiatement l'initiative des changements suivants :

a) élaborer du matériel de cours sur la prévention de l'abus sexuel par des professionnels de la santé, reflétant les points de vue des patientes et des patients, et rendre l'utilisation de ce matériel de cours obligatoire à tous les niveaux de la formation professionnelle et de l'éducation permanente des membres des professions de la santé réglementées en Ontario;

b) exiger que les ordres fassent en sorte que les personnes qui demandent à obtenir un certificat d'inscription en Ontario soient soumises à une évaluation de leur connaissance, d'une part, de la dynamique des mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients et, d'autre part, des responsabilités qui accompagnent l'inscription à une profession de la santé réglementée;

b) exiger que le centre d'accès du public, en collaboration avec les ordres et les groupes de défense des intérêts des patientes et des patients, élabore, publie, diffuse et mette à jour des lignes directrices à l'intention du public et des professionnels de la santé visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel des patientes et des patients.

Notes

CHAPITRE 1 – À L'ÉCOUTE DES PATIENTES ET DES PATIENTS

1 Judith Herman, M.D., Trauma and Recovery (Basic Books, 1997) à la page 7.

2 Schoener, G. co-auteur de ***Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention.*** Walk-in Counselling Centre, Minneapolis 1989.

CHAPITRE 2 – LES DEUX PRIORITÉS : LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET L'ÉQUITÉ

3 Penfold, P. Susan, ***Sexual Abuse by Professionals: a personal search for meaning and healing***. (University of Toronto Press, 1998).

4 Rodgers, Sanda, ***Health Care Providers and Sexual Assault: Feminist Law Reform?*** (1995) 8CJWL 159, à la page 179.

5 Fassel, Mary Lou, Directrice des services juridiques de la Barbara Schlifer Commemorative Clinic, dans une lettre au groupe d'étude datée du 17 juillet 2000.

6 Nous sommes à cet égard redevables au Dr Nick Kates, MB, FRCPC, professeur au département de psychiatrie et de neuroscience du comportement de McMaster University et à la Dre Briar Long, membre de notre groupe d'étude. Voici une liste partielle des articles dont nous avons pris connaissance :

- Kardener S, Fuller M, Mensh I: A survey of Physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. Am J Psychiatry 130:1077-1081, 1973
- Perry J: ***Physicians' erotic and nonerotic physical involvement with patients.*** Am J Psychiatry 133:838-840, 1976
- Gartrell N, Herman J, Olarte S, et al: Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, I: prevalence. Am J Psychiatry 143:1126-1131,1986
- Derosis H, Hamilton J, Morrison E, Strauss M: More on psychiatrist-patient sexual contact (letter). Am J Psychiatry 144:688-689, 1987
- Gartrell N, Herman J, Olarte S, et al: ***Psychiatric residents' sexual contact with educators and patients: results of a national survey.*** Am J Psychiatry 145:690-694, 1988
- Carr M, Robinson G, Stewart D, et al: A survey of Canadian psychiatric residents regarding resident-educator sexual contact. Am J Psychiatry 148:216-220, 1991

- Berger E, Staisey N: Initial analysis of a survey of Ontario women regarding sexual harassment and abuse by Ontario physicians. Canada Health Monitor (Sondage Santé Canada), 1991
- Rhodes P: ***Exploring physician awareness of patient sexual abuse.*** Ont Med Review: février 1992
- Wilbers D, Veenstra G, van de Wiel H, et al: ***Sexual contact in the doctor-patient relationship in the Netherlands.*** BMJ 304:1531-1534, 1992
- Gartrell N, Milliken N, Goodson III W, et al: ***Physician-patient sexual contact— prevalence and problems.*** West J Med 157:139-143, 1992
- Lamont J, Woodward C: ***Patient-physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists.*** Can Med Assoc J (Journal de l'Association médicale canadienne) 150:1433-1439, 1994
- Ovens H, Permaul-Woods J: ***Emergency physicians and sexual involvement with patients: an Ontario survey.*** Can Med Assoc J (Journal de l'Association médicale canadienne) 157:663-669, 1997
- Sheps S, Schechter M: ***Attitudes and behaviours in physician-patient relationships: results of surveys of physicians and the public in British Columbia.*** Vancouver, 1993

7 Lamont J, Woodward C. supra note 6.

8 Berger, Earl. PriceWaterhouse, Canada, Canada Health Monitor (Sondage Santé Canada) 1991, Toronto.

9 PricewaterhouseCoopers (PwC), Evaluation for HPRAC, Volumes 18, 22, juillet 1999.

10 Berger, Earl. Hay Health Care Consulting Group, The Berger Population Health Monitor.

11 Dans leurs mémoires présentés au CCRPS en décembre 1999 : l'Ordre des psychologues de l'Ontario, à la page 18, l'Ordre des massothérapeutes de l'Ontario, à la page 12, l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, à la page 29, l'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario, à la page 15, l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, à la page 12 et l'Ordre des technologues dentaires de l'Ontario, à la page 10.

12 (1998) O.J. No. 5222, Ontario Divisional Court (Cour divisionnaire de l'Ontario), Rosenberg, J.

13 Steinecke, R.A. ***A Complete Guide to the Regulated Health Professions Act.*** Canada Law Book: Aurora Ontario, Looseleaf Service, réédité en janvier 2000. 10-4, 4-12.

CHAPITRE 3 – L'AUTO-RÉGLEMENTATION DANS L'INTÉRÊT PUBLIC

14 Robins, l'honorable Sydney L.. ***Protégeons nos élèves : Examen visant à identifier et à prévenir les cas d'inconduite sexuelle dans les écoles de l'Ontario.*** (février 2000, ministère du Procureur général de l'Ontario).

15 Rodgers, supra, p. 188

CHAPITRE 4 – LES EFFETS DES PROCÉDURES DES ORDRES SUR LES PATIENTES ET LES PATIENTS

16 Témoignage lors de l'audience publique du groupe d'étude de Susan M. Vella, avocate du groupe de soutien des survivantes de l'école Grandview, Goodman and Carr, Barristers and Solicitors, Toronto, et co-auteure avec Elizabeth K. P. Grace de ***Civil Liability for Sexual Abuse and Violence in Canada*** (Buttersworth: Toronto, 2000).

CHAPITRE 5 – LES MESURES DISSUASIVES ET PUNITIVES

17 Kates N, Long B. : supra note 6.

18 Lamont J, Woodward C. : supra note 6.

19 Ovens H, Permaul-Woods J. : supra note 6.

20 Garfinkel P, Dorian B, Sadavoy J, et al: ***Boundary Violations and Departments of Psychiatry. Can J. Psychiatry*** (Revue canadienne de psychiatrie) 42.764-770, 1997.

21 ***The Order of Physicians and Surgeons of Ontario v. Dr. Anil Mendi Mussani and The Ontario Medical Association*** (1999).

CHAPITRE 6 – LES SERVICES DE SOUTIEN, DE THÉRAPIE ET DE MÉDIATION

22 Steinecke, R. : supra, pages 6-97.

23 Landau, Dre Barbara et Landau, Daryl, entretien personnel avec la présidente du groupe d'étude, juillet 2000.

24 Fassel M. L. : supra, note 5.

CHAPITRE 7 – L'INFORMATION, L'ÉDUCATION ET LA FORMATION

25 Schoener, G., cité dans le Toronto Star : « Doctors' watchdog like 'secret service' (l'organisme de surveillance des médecins similaire aux services secrets) », 12 juin 1999.

26 McPhedran, M., Armstrong, H., Edney R., Long, B., Marshall, P., Roach R. ***The Final Report of the Independent Task Force on Sexual Abuse of Patients*** (The Order of Physicians and Surgeons of Ontario/L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario), 25 novembre 1991.

[27] ***The Final Report of the Committee on Sexual Exploitation in Professional Relationships***, un comité indépendant du Order of Physicians and Surgeons of Alberta (juin 1992).

Though frightening, these attacks are an implicit tribute to the power of the healing relationship. They remind us that creating a protected space where survivors can speak their truth is an act of liberation. They remind us that bearing witness, even within the confines of that sanctuary, is an act of solidarity. They remind us also that moral neutrality in the conflict between victim and perpetrator is not an option. Like all other bystanders, therapists are sometimes forced to take sides. Those who stand with the victim will inevitably have to face the perpetrator's unmasked fury. For many of us, there can be no greater honor.

Judith Lewis Herman, M.D.
February, 1997

AFTERWORD

The Dialectic of Trauma Continues

IN WRITING *Trauma and Recovery*, it was my ambition to integrate the accumulated wisdom of the many clinicians, researchers, and political activists who had borne witness to the psychological effects of violence and to set forth in one comprehensive treatise a body of knowledge that had been periodically forgotten and rediscovered over the past century. I argued then that the study of psychological trauma is an inherently political enterprise because it calls attention to the experience of oppressed people. I predicted that our field would continue to be beset by controversy, no matter how solid its empirical foundation, because the same historical forces that in the past have consigned major discoveries to oblivion continue to operate in the world. I argued, finally, that only an ongoing connection with a global political movement for human rights could ultimately sustain our ability to speak about unspeakable things.

In the five years since the book's publication, new victims of violence have numbered in the millions. The massive communal atrocities committed during the course of wars in Europe, Asia, and Africa have focused international attention on the devastating impact of violence and have fostered the recognition that psychological trauma is indeed a worldwide phenomenon.[1] At the same time, as observance of distinctions between civilians and combatants in war has widely broken down, the political nature of violence against women and children has become more apparent. The flagrant, systematic use of rape as a tool of warfare in many parts of the world has created a horrible occasion for con-

sciousness-raising.[2] As a result, rape has now been recognized internationally as a violation of human rights, and crimes against women and children have been accorded (at least in theory) the same gravity as other war crimes.[3]

Within the U.S., a number of large-scale community studies have demonstrated that, even in peacetime, exposure to violence is both more commonplace and more damaging than anyone would like to believe.[4] The enduring consequences of our endemic social violence have only begun to be appreciated.[5] For example, one research team has undertaken an ambitious long-term study, following the fate of a group of girls who suffered documented sexual abuse as they grow into adolescence and adulthood. This study, now in its tenth year, is demonstrating the profound developmental impact of childhood trauma with a degree of rigor previously unattainable.[6] These studies lend further weight to the massive body of evidence documenting the cost of violence.

As predicted, the study of psychological trauma has remained highly controversial. Many clinicians, researchers and political advocates who work with traumatized people have come under fierce attack. In spite of this onslaught, however, thus far the field has vigorously resisted being "disappeared." On the contrary, during the past five years, the scientific enterprise of traumatic stress studies has expanded and matured. The fundamental question of the existence of PTSD is no longer in dispute.[7] With the basic outlines of the field defined, an early pioneering era has ended, and research has become both more technically sophisticated and in some respects more ordinary. A new generation of studies has begun to enlarge the scope and increase the precision of our understanding of the impact of traumatic events.

Some of the most exciting recent advances in the field derive from highly technical laboratory studies of the biologic aspects of PTSD. It has become clear that traumatic exposure can produce lasting alterations in the endocrine, autononomic, and central nervous systems.[8] New lines of investigation are delineating complex changes in the regulation of stress hormones,[9] and in the function and even the structure of specific areas of the brain. Abnormalities have been found particularly in the amygdala and the hippocampus, brain structures that create a link between fear and memory.[10]

Biological, clinical, and social investigations have continued to converge on the fascinating phenomenon of dissociation. It has become clear that, as Janet observed one hundred years ago, dissociation lies at the heart of the traumatic stress disorders. Studies of survivors of dis-

asters, terrorist attacks, and combat have demonstrated that people who enter a dissociative state at the time of the traumatic event are among those most likely to develop long-lasting PTSD.[11] Previously, many clinicians, myself included, viewed the capacity to disconnect mind from body as a merciful protection, even as a creative and adaptive psychological defense against overwhelming terror. It appears now that this rather benign view of dissociation must be reconsidered. Though dissociation offers a means of mental escape at the moment when no other escape is possible, it may be that this respite from terror is purchased at far too high a price.

Further evidence for the pathogenic role of dissociation has come from a large-scale clinical and community study of traumatized people conducted by a task force of the American Psychiatric Association. In this study, people who reported having dissociative symptoms were also quite likely to develop persistent somatic symptoms for which no physical cause could be found. They also frequently engaged in self-destructive attacks on their own bodies.[12] The results of these investigations validate the century-old insight that traumatized people relive in their bodies the moments of terror that they can not describe in words. Dissociation appears to be the mechanism by which intense sensory and emotional experiences are disconnected from the social domain of language and memory, the internal mechanism by which terrorized people are silenced.[13]

Laboratory studies have now begun to unravel the neurobiology of dissociation. For example, one elegant experiment has demonstrated that a similar mental state can be produced pharmacologically in normal human subjects. This was done by administering ketamine, a drug that antagonizes the action of the neurotransmitter glutamate in the central nervous system. Unlike traumatized people, subjects who received ketamine did not report any subjective experience of fear. However, they did experience characteristic dissociative alterations in attention, perception and memory, including insensitivity to pain, time slowing, depersonalization, derealization, and amnesia.[14] Ketamine is thought to work by inhibiting the activity of large neurons in the cerebral cortex. These neurons form a complex network of *associative* pathways, linking areas of the brain involved in memory, language, abstract thought, and social communication. Temporary inactivation of these pathways experimentally reproduces a dissociative state.

Thus *dissociation*, a descriptive term derived entirely from clinical observation, may turn out to be an accurate term for a neurobiological

phenomenon as well. Future investigations are required to determine whether terror operates by a similar mechanism to inactivate cortical associative pathways in the brain. Preliminary results of brain scanning studies of patients with PTSD, using the sophisticated technique of positron emission tomography, suggest that during flashbacks, specific areas of the brain involved with language and communication may indeed be inactivated.[8]

As evidence of the central importance of dissociation in traumatic stress disorders has continued to accumulate, it has also become apparent that dissociation offers a window into consciousness, memory, and the links between body and mind. Posttraumatic and dissociative phenomena have therefore begun to attract the attention of a new generation of basic researchers, whose interest does not stem primarily from engagement with traumatized people, but rather from a more abstract scientific curiosity. This development constitutes a welcome sign that traumatic stress studies are moving into a status of full legitimacy within the mainstream of scientific investigations.

Legitimacy, however, can be a mixed blessing. The next generation of researchers may lack the passionate intellectual and social commitment that inspired many of the most creative earlier investigations. In this new, more conventional phase of scientific inquiry, there is some cause for concern that integrative concepts and contextual understanding of psychological trauma may be lost, even as more precice and specific knowledge is gained. The very strength of the recent biological findings in PTSD may foster a narrowed, predominantly biological focus of research. As the field of traumatic stress studies matures, a new generation of researchers will need to rediscover the essential interconnection of biological, psychological, social, and political dimensions of trauma.

Particular care must be taken also to avoid the reenactment of a pattern of exploitative relationships within the research enterprise itself. Survivors of terrible events are often motivated to volunteer as research subjects in the hope that helping others may give meaning and dignity to their suffering. The relationship between survivor and investigator is subject to the same power imbalances and the same contagious emotions as any other relationship. Early investigators often felt strong personal bonds and political solidarity with trauma survivors, regarding them less as objects of dispassionate curiosity than as collaborators in a shared cause. This kind of closeness and mutuality may be difficult to sustain in a scientific culture where unbiased observation is often thought to require a distant and impersonal stance. Yet without it, the

possibility of authentic understanding is inevitably lost.

The collaborative working relationship with the trauma survivor also remains the cornerstone of treatment of PTSD. The principle of restoring human connection and agency remains central to the recovery process and no technical therapeutic advance is likely to replace it. At the same time, as evidence of the lasting biological alterations of PTSD has mounted, the search for a specific treatment that might mitigate these effects has also intensified. In the past five years, innovative treatment techniques have proliferated and a period of active competition for acceptance has begun. Comparison of new treatment methods developed independently by individual creative pioneers may yield some insight into their underlying common principles.[16] Consensus on the most effective approaches to treatment of PTSD awaits the results of many more carefully controlled studies of treatment outcome. A number of such studies are now in development or already underway, and should come to fruition in the next few years.

Insight into the recovery process may also be gained by drawing upon the wisdom of the majority of trauma survivors worldwide, who never get formal treatment of any kind. To the extent that they recover, most survivors must invent their own methods, drawing on their individual strengths and the supportive relationships naturally available to them in their own communities. Systematic studies of resilience in untreated survivors hold great promise for developing more effective and widely adaptable methods of therapeutic intervention.[17] The search for simple and reproducible models of intervention has now become an international, cross-cultural project, as part of a growing effort to mount an international response to outbreaks of war and mass violence.

Stages of recovery can be observed not only in the healing of individuals but also in the healing of traumatized communities. International diplomatic, military and humanitarian efforts have been organized in an attempt to reestablish basic safety in many countries devastated by warfare. On this scale, safety requires putting an immediate stop to the violence, containment if not disarmament of the aggressors, and provision for the basic survival needs of the victims. All of the classic political conflicts between victims, perpetrators, and bystanders have been reenacted in these most recent peacemaking and peacekeeping efforts. Once again, victims have been outraged by the apparent indifference and passivity of bystanders. Once again, perpetrators of atrocities have gloated before the world. The many appalling inadequacies of international interventions in Africa and Southern Europe hardly

bear repetition. Nevertheless, the organization of peacemaking on a scale that transcends the ordinary diplomatic goals and military interests of individual nation-states represents an important advance.

In many countries that have recently emerged from dictatorship or civil war, it has become apparent that putting an immediate stop to the violence and attending to basic survival needs of the affected populations are necessary but not sufficient conditions for social healing. In the aftermath of systematic political violence, entire communities can display symptoms of PTSD, trapped in alternating cycles of numbing and intrusion, silence and reenactment. Recovery requires remembrance and mourning. It has become clear from the experience of newly democratic countries in Latin America, Eastern Europe, and Africa, that restoring a sense of social community requires a public forum where victims can speak their truth and their suffering can be formally acknowledged. In addition, establishing any lasting peace requires an organized effort to hold individual perpetrators accountable for their crimes. At the very least, those responsible for the worst atrocities must be brought before the law. If there is no hope of justice, the helpless rage of victimized groups can fester, impervious to the passage of time. Demagogic political leaders well understand the power of this rage, and are only too willing to exploit it by offering to an aggrieved people the promise of collective revenge. Like traumatized individuals, traumatized countries need to remember, grieve, and atone for their wrongs in order to avoid reliving them.[11]

In the aftermath of dictatorship and war, dialectic of trauma is often played out as a ferocious battle over the question of impunity. Perpetrators of massive political crimes may still hold considerable residual power, even after their worst depredations have been curtailed, and they have no interest in public truth-telling. On the contrary, they remain implacably committed to secrecy, and fiercely opposed to any effort to establish a reckoning of their abuses. Faced with the prospect of accountability, perpetrators often become extremely aggressive. To resist being brought to justice, they will marshal the same methods of intimidation and deceit that they once used to dominate their victims. When newly elected governments in Southern Europe, Latin America, Central America, and South Africa have attempted to uncover the political crimes of the recent past, they have met with violent retaliation. Perpetrators will do anything in their power to preserve the principle of impunity. They demand amnesty, a political form of amnesia.

Under the threat of renewed violence, one country after another has

played out the conflict between knowing and not knowing, speech and silence, remembering and forgetting. In the interest of maintaining a hard-won peace, fragile democracies have often submitted to the demand for amnesty, even while trying to avoid succumbing to complete amnesia. In Latin America, many countries have permitted an official record of human rights violations to be established, but have recoiled from the attempt to bring perpetrators to justice. In the former Yugoslavia, the international community has supported the establishment of a War Crimes Tribunal, but has been unwilling to arrest and bring to trial indicted war criminals. In South Africa, the officially established Truth and Reconciliation Commission has offered perpetrators a limited time period in which amnesty will be granted in return for public confession. Implicit in this bargain is the belief that if full justice cannot be achieved, public acknowledgment of the truth is more important than punishment of the perpetrators. The principle of legal accountability has not been entirely compromised, however, since the government has made clear its determination to prosecute political criminals who do not voluntarily confess. The outcome of this most recent experiment in social healing has yet to be determined.

In still other parts of the world, newly established democracies have had to contend with a past record of abuses that were endemic to the entire political system. In these societies (for example, in Eastern Europe), dictatorship demanded not merely the acquiescence but the complicity of the general population. As a result, a great number of people violated the trust of their neighbors, friends, and relatives. These societies are now faced with the problem of establishing accountability for abuses that were pervasive and officially condoned at the time that they were committed. Holding all collaborators criminally responsible is simply not feasable, even if it were desirable. Yet without some form of public acknowledgement and restitution, all social relationships remain contaminated by the corrupt dynamics of denial and secrecy.

Our own society faces a similar dilemma with respect to the legacy of slavery. The unhealed racial divisions of our country create an ongoing potential for violence. The worst civil disturbance of the past few years, the Los Angeles riots, were provoked by the failure of the justice system to hold armed white police officers accountable for the severe beating of an unarmed black man. Within the African-American community, it was widely understood that such abuses were political crimes, carried out as part of a systematic pattern of racial oppression. The issue at trial was whether the larger society would condone the most flagrant of

these human rights abuses. The responsibility to bear witness fell to the jury in the criminal trial. In their refusal to see the crime that was documented before their eyes, we can recognize the familiar defenses of denial, distancing, and dissociation. As is so often the case, the bystanders chose to identify with the perpetrators rather than with the victim, and it was this betrayal, not simply the violence of the police, that unleashed a communal outbreak of murderous rage. In the words of one community activist:

> you know, with No Justice, No Peace . . .
> I guess you might say it's fairly simple,
> but to me it's pretty, um
> not complex,
> but then again it's deep,
> it's nothin' shallow.
> It basically means if there' s no justice here
> then we not gonna give them any peace.
> You know, we don't have any peace
> They not gonna have no peace."

The problem of coming to terms with endemic abuses of power also pertains to crimes of sexual and domestic violence. Because subordination of women and children has been so deeply embedded in our culture, the use of force against women and children has only recently been recognized as a violation of basic human rights. Widespread patterns of coercive control such as battering, stalking, sexual harassment, and acquaintance rape were not even named, let alone understood to be crimes, until they were defined by the feminist movement. Even the forms of violence that were nominally criminalized, such as sexual abuse of children, have been so rarely reported or prosecuted in the past that perpetrators were effectively guaranteed impunity.

In the past two decades, however, legal reforms inspired by the feminist movement have opened the door a little bit wider for victims of sexual and domestic crimes to seek justice in court, and strong grassroots support services have encouraged more victims to confront their abusers. As a result, although the great majority of victims still avoid making any official complaint, perpetrators can no longer be entirely confident of escaping justice. In a number of highly publicized trials, prominent and powerful men (priests, politicians, star athletes) have been compelled to answer for crimes that they clearly felt entitled to commit against women or children. These trials have served as a kind of

political theater, in which tragedy is reenacted, and the complex moral issues of accountability are debated.

Faced with the possibility of a public reckoning, accused perpetrators have organized to mount a renewed assault on the credibility of victims. Child advocates, psychotherapists, and others who bear witness and lend support to victims have also been subject to aggressive and organized attack.[20] The conflict has been particularly bitter concerning sexual abuse of children. Because children are the most powerless of victims, often dependent upon their abusers, their chances for justice have ever been the most remote. In addition, children subjected to prolonged, repeated abuse are particularly prone to develop memory disturbances that further compromise their ability to tell their stories.[21] Many states have sought to remedy this injustice by extending the statute of limitations for sexual assaults against children. Adult survivors who belatedly recall their abuse after a period of amnesia have been granted the opportunity to testify and seek redress in court. This reform has significantly expanded the potential reach of the law.

In response, advocates of accused perpetrators have argued that complaints based on delayed recall should be dismissed out of hand, because recovered memories can not possibly be true. They have maintained, rather, that such memories must be wholesale fabrications, invented by psychotherapists, and implanted in gullible minds by means of coercive persuasion. Survivors who come forward to reveal their childhood recollections have been portrayed as the pawns of a malignant cabal of psychotherapists with extraordinary suggestive powers.[22]

When these arguments were first proposed several years ago, I found them almost ludicrously implausible, and thought that their frank appeal to prejudice would be transparent at once. The women' s movement had just spent twenty years deconstructing the presumption that women and children are prone to lie, fantasize, or fabricate stories of sexual violation. If any principle had been established, surely it was that victims are competent to testify to their own experience. Yet once again, here were eminent authorities proclaiming that victims are too weak and foolish to know their own minds. Hadn't we just gone through all this? Did we really need to go through it again?

Apparently the answer was yes. The notion of a contagion of false complaints struck a responsive chord in the public media and some quarters of academia. The cry of "witch hunt" was raised, evoking the image of packs of irrational and vengeful women bent on indiscriminate slander. The "recovery movement" of survivors of childhood

abuse and their therapist allies seemed to evoke particularly intense hostility and scorn.[23] The press seemed to be tired of hearing about victims and eager to take the side of those who insisted that they had been wrongly accused.[24]

Challenges to the credibility of victims and therapists also enjoyed some success in the courtroom.[25] In a number of disturbing cases, adult women were denied the opportunity to give their testimony because of the concern that their minds might have been contaminated by psychotherapy.[26] In one closely watched case, a father accused of incest by his daughter successfully sued for damages, in spite of the fact that the jury was unable to decide whether the accusations were true or false. The accusing daughter was not held responsible for harming her father. Rather, the jury found the daughter's *therapists* liable for encouraging her belief that she had been abused and helping her to retrieve her memories. The young woman, testifying in defense of her therapists, protested that she alone was responsible for her memories. "My father doesn't seem to get the point," she stated on the witness stand, "I'm the one telling him he abused me."[27] The jury disregarded her testimony. Once again, a victim became invisible.

This trial put psychotherapists on notice that listening to survivors can carry certain risks and dangers. Underlying the attack on psychotherapy, I believe, is a recognition of the potential power of any relationship of witnessing. The consulting room is a privileged space dedicated to memory. Within that space, survivors gain the freedom to know and tell their stories. Even the most private and confidential disclosure of past abuses increases the likelihood of eventual public disclosure. And public disclosure is something that perpetrators are determined to prevent. As in the case of more overtly political crimes, perpetrators will fight tenaciously to ensure that their abuses remain unseen, unacknowledged, and consigned to oblivion.

The dialectic of trauma is playing itself out once again.[28] It is worth remembering that this is not the first time in history that those who have listened closely to trauma survivors have been subject to challenge. Nor will it be the last. In the past few years, many clinicians have had to learn to deal with the same tactics of harassment and intimidation that grassroots advocates for women, children and other oppressed groups have long endured. We, the bystanders, have had to look within ourselves to find some small portion of the courage that victims of violence must muster every day.

Some attacks have been downright silly; many have been quite ugly.

ANNEXE I

Extraits :
Lettre de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de janvier 2000
Lettre du CCRPS de mars 2000
Lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de juin 2000

Ministry
of
Health

Office of the Minister

10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4
Tel (416) 327-4300
Fax (416) 326-1571

Ministère
de
la Santé

Bureau du ministre

10e étage, édifice Hepburn
80 rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4
Tél (416) 327-4300
Téléc (416) 326-1571

JAN 0 7 2000

Robert Alder, PhD
Chair, Health Professions Regulatory Advisory Council
2195 Yonge Street
4th floor
Toronto, ON M4S 2B2

Dear Dr. Alder:

Re: Referral regarding HPRAC's Five Year Review on the Effectiveness of each College's Complaints and Discipline Procedures relating to Sexual Abuse

---

The Special Task Force shall provide its submission to HPRAC within 30 days of holding the hearings. One copy of the Special Task Force's *Advice and Recommendations* submission shall be submitted to HPRAC and a summary opinion letter respecting the submission will be provided to the Minister. The Special Task Force's *Advice and Recommendations* must be considered by HPRAC, along with all other submissions and evidence before it, and included in HPRAC's final report. The Special Task Force submission will be considered confidential by HPRAC and the Special Task Force until HPRAC's final report has been submitted to the Minister of Health and Long-Term Care.

The following questions should form part of the Special Task Force's inquiry during the hearings. However, please note that they are not in any way intended to be exhaustive of the issues that may be dealt with at the hearings:

1. How do the Colleges' complaints and disciplines processes impact on individuals who complain of being sexually abused by members?

2. What penalties have been applied when a member claims that the sexual relations between the member and the client/patient are consensual?

3. Are the mandatory revocation penalty provisions effective or should the mandatory provisions be amended?

4. Do individuals who have been sexually abused by members feel that the penalties imposed by College Committees and the Courts are fair and just?

../2

100% unbleached post consumer stock. Fait entièrement de fibres recyclées non blanchies

Robert Alder, PhD

5. Under what circumstances is mediation being used by Colleges in the complaints and disciplines processes related to sexual abuse? Are complainants satisfied with the mediation process?

HPRAC shall provide remuneration to the Special Task Force. The Chair of the Special Task Force is to receive remuneration at the same daily rate as a Chair of a Board under the *Ministry of Health Appeal and Review Boards Act, 1998*, and members of the Special Task Force are to receive remuneration at the same daily rate as members of the Boards under that Act.

Your assistance to the Special Task Force in providing their *Advice and Recommendations* submission and your ongoing work with the five year review is greatly appreciated. I look forward to receiving your advice.

Yours truly,

Elizabeth Witmer, MPP
Minister

Health Professions Regulatory Advisory Council

2195 Yonge Street, 4th floor
Toronto ON M4S 2B2
Tel. (416) 326-1550
Fax (416) 326-1549
TDD (416) 327-0823
Web site www.hprac.org
E-mail info@hprac.org

Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé

2195, rue Yonge, 4e étage
Toronto ON M4S 2B2
Tél (416) 326-1550
Téléc (416) 326-1549
ATS (416) 327-0823
Site web www.hprac.org
Courriel info@hprac.org

Ontario

March 16, 2000

Ms. Marilou McPhedran
Special Task Force
415 Yonge St. Suite 1800
Toronto ON M5B 2E7

Dear Marilou,

With respect to the public hearings, the Minister's letter of referral states five questions that should form part of the Special Task Force's inquiry and indicates that additional issues may be dealt with at the hearings. We would like to propose the following additional questions for inclusion in your inquiry:

1. How can the public be better informed about (a) where to file a complaint about professional misconduct of a sexual nature by a regulated health professional and (b) Colleges' complaints and discipline procedures?

2. What would be the most appropriate status for the complainant throughout the complaints and discipline processes?

3. How can the complaints and discipline processes for professional misconduct of a sexual nature be made more sensitive and respectful towards complainants?

4. What is the experience of complainants in accessing funding for therapy or counselling from Colleges?

5. Should regulated health professionals be required to disclose the name of the affected patient/client in a mandatory report?

Should you require clarification on the process for flow of funds to the Task Force or on the proposed questions, please feel free to contact Sheila Mawji at (416) 326-3456.

Sincerely,

Rob Alder, MMedSc, PhD
Chair

Encl

Ministry
of
Health

Ministère
de
la Santé

Ontario

Program Policy Branch
8th Floor Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 1R3
☎ (416) 327-8636

Direction des politiques relatives aux programmes
8e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 1R3
Fax/Télécopieur: (416) 327-8879

June 20, 2000

Ms. Marilou McPhedran
Chair
Special Task on Sexual Abuse
415 Yonge Street
Suite 1800
Toronto ON M5B 2E7

Dear Marilou:

This is confirmation of the issues discussed at our meeting of May 26, 2000.

In addition, I would like to reiterate the Ministry's direction that the Special Task Force focus on its mandate which is *"to hold public and private hearings and receive submissions from members of the public in order to provide advice and recommendations to the Minister on the the public's experience with colleges' complaints and discipline process in cases of a sexual nature."* These hearings have been held, a public hearing on May 24th and a private hearing on May 31st.

In light of this, and in order to avoid duplication Task Force members or individuals working for the Task Force are requested not to contact the regulatory colleges further. The Regulatory Colleges have already done extensive work with HPRAC and their consultants in conducting a review of these processes and providing the required information to HPRAC.

The work of your Task Force will provide an important contribution to HPRAC's overall review of the complaints and discipline process of the regulatory colleges with respect to cases of sexual abuse. The Special Task Force should provide HPRAC with advice and recommendations based on your findings from the public and private hearings and identify any additional work that may be required.

... 2

ANNEXE II

Avis d'audience publique et d'audience privée diffusés dans la presse

MEDIA NOTICES REGARDING THE HEARINGS
The Toronto Star, April 7, 2000

Advertisement

The Special Task Force on Sexual Abuse of Patients

by Regulated Health Professionals is conducting an independent inquiry into the experiences of patients and members of the public in order to provide Advice and Recommendations to the Health Professions Regulatory Advisory Council and the Ontario Minister of Health, as part of the five year review of The Regulated Health Professions Act in Ontario.

If you wish to make a submission to the Public Hearing of the Task Force on May 24, 2000, we need to hear from you by April 30th. Some Private Hearing times are available on May 31. Presentations to the Hearings will be by invitation of the Task Force. In addition to the Hearings, submissions from patients, members of the public, advocacy groups and regulated health professionals are welcome, in writing or on our toll-free line: 1-877-380-0490, to be received by May 15, 2000, in order to be considered in our Report.

Special Task Force Chair is Marilou McPhedran. Task Force Members are: Harvey Armstrong, Briar Long, Pat Marshall, Roz Roach. Task Force Coordinator: Karen Brown; Research Coordinator: Kathleen Gallivan.

Please mail submissions to:

Special Task Force, Suite 1800, 415 Yonge Street, Toronto, Ontario M5B 2E7
Call our 24 hour toll-free line: 1-877-380-0490
Fax 1-416-595-7191
Email: sxabtf@web.net

MEDIA NOTICES REGARDING THE HEARINGS
Community Newspapers Outside Toronto May 12 – 16, 2000

-10-Tuesday, May 16, 2000 - **The Amherstburg Echo**

We Want To Hear From Patients On May 24th In Toronto.

The Special Task Force on Sexual Abuse of Patients by Regulated Health Professionals is conducting an independent inquiry into the experiences of patients and members of the public in order to provide Advice and Recommendations to the Health Professions Regulatory Advisory Council and the Ontario Minister of Health, as part of the five year review of The Regulated Health Professions Act in Ontario.

We are very concerned about the processes experienced by patients in Ontario who have complained about sexual abuse, and we welcome your information if you have had any experience of this kind.

- If you wish to make a submission to the public hearing of the Task Force on May 24th, 2000, we need to hear from you immediately.
- Some private hearing times are available on May 31st. Please contact Karen Brown, 1-877-380-0490, to arrange a time.
- In addition to the Hearings, submissions from patients, members of the Health Professions and the public are all welcome, in writing or as messages on our 24 hr. toll free line 1-877-380-0490.
- Confidential submissions need to be received by the Task Force by May 24th, 2000 in order to be considered for our Report.
- Please mail submissions to:
  Special Task Force
  Suite 1800, 415 Yonge Street,
  Toronto, Ontario, M5B 2E7
- Please fax submissions to: 1- 416 - 595 - 7191
- Web site : http://www.yorku.ca/sexabuse
- Email: sxabtf@web.net

Members of the Special Task Force are: Marilou McPhedran (Chair), Harvey Armstrong, Briar Long, Pat Marshall, and Roz Roach.

This notice was placed in the Amerstburg Echo, as well as in thirteen other community newspapers in different regions of Ontario, as follows:

The Advance, Barrie;
The Kourier, Kanata;
The Independent Plus, Listowel;
The Pen Free Press, Midland;
The Kingston This Week, Kingston;
The Napanee Saturday Beaver, Napanee;
The Nepean This Week, Nepean;
The Orleans Weekly Journal East, Orleans;
The News South, Ottawa;
The Smith Falls Record News, Smith Falls;
The Sudbury Northern Life; Sudbury;
The Post, Thunder Bay; and
The Waterloo Chronicle, Waterloo

MEDIA NOTICES REGARDING THE HEARINGS
The Globe and Mail, May 18, 2000

WHAT DO YOU KNOW ABOUT SEXUAL ABUSE OF PATIENTS IN ONTARIO?

PUBLIC HEARING ON MAY 24, 2000

IN TORONTO - DELTA CHELSEA HOTEL

33 GERRARD ST. WEST from 10 a.m. until 8 p.m.

Presentations from patients, members of the public, and advocates groups to the Public Hearing on May 24th or at Private Hearings on May 31st are welcome. The Special Task Force on Sexual Abuse of Patients by Regulated Health Professionals has been appointed to conduct an independent inquiry into the experiences of patients and members of the public in order to provide Advice and Recommendations to the Health Professions Regulatory Advisory Council and the Minister of Health, as part of the five year review of *The Regulated Health Professions Act* in Ontario. ***Special Task Force:*** Marilou McPhedran (Chair). ***Task Force Members:*** Harvey Armstrong, Briar Long, Pat Marshall, Roz Roach.

For More Information, contact Karen at the

SPECIAL TASK FORCE

Suite 1800 - 415 Yonge St. - Toronto, ON - M5B 2E7

Toll Free Line: 1.877.380.0490

Email: sxabtf@web.net - www.yorku.ca / sex abuse

ANNEXE III

Questionnaire distribué aux ordres en avril 2000

SPECIAL TASK FORCE ON THE SEXUAL ABUSE OF PATIENTS

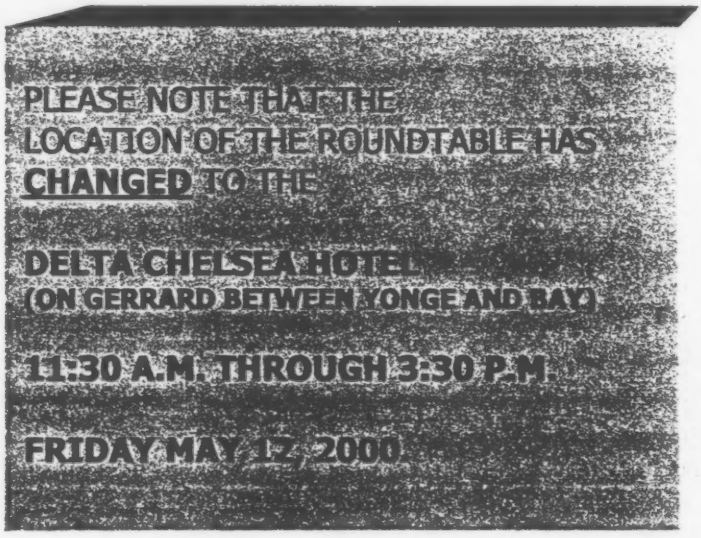
QUESTIONNAIRE FOR ALL HEALTH REGULATORY COLLEGES

INTRODUCTION

Our time with you at the May 12th Roundtable is going to be quite limited, so we are asking for your cooperation in sharing information in advance on the experience of the regulated health professions in dealing with complaints of sexual misconduct and abuse. The following Questionnaire refers to policies, procedures, and practices regarding cases of alleged sexual abuse by health professionals. We are particularly interested in hearing about what you consider to be current problematic areas – for example, where you believe insufficient resources are a factor. We welcome your recommendations.

If you have written materials, including any guidelines used by your College, please include copies of them with your completed questionnaire. We appreciate that we may be asking you for information that you have already provided to HPRAC, but HPRAC has not made such material available to us at this time.

Please fill out the questionnaire to the best of your knowledge and return to the Task Force office by April 30, 2000.



SPECIAL TASK FORCE ON THE SEXUAL ABUSE OF PATIENTS

SECTION 1: HISTORY OF SEXUAL ABUSE COMPLAINTS AND OUTCOME

1. How many complaints about sexual abuse by your members have you received, by year, since 1994? [Please indicate numbers under the appropriate year]

1994	1995	1996	1997	1998	1999

2. Please identify the number of complaints and their disposition.

Year	Unfounded	Withdrawn	Proceeded to Discipline	Finding of Guilt	Mediation Used
1994					
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					

3. In cases where there was a finding of guilt, how often were the following penalties used?

Year	Number of Cases	Revocation	Voluntary Resignation	Suspension	Condition	Other
1994						
1995						
1996						
1997						
1998						
1999						

4. Please rate your satisfaction with the following aspects of your complaints and discipline process using this 5-point scale:

Type of Process	5 Point Rating Scale				
	Very Dissatisfied		Satisfied		Extremely Satisfied
Intake Process	1	2	3	4	5
Investigations Process	1	2	3	4	5
Complaints Committee Process	1	2	3	4	5
Discipline Committee Process	1	2	3	4	5
Sensitivity and support for complaints	1	2	3	4	5
Use of Appeals Process	1	2	3	4	5
Mandatory Reporting	1	2	3	4	5
Appropriateness of penalties	1	2	3	4	5

5. Has your College had cases appealed to the Health Professions Board or a court?
   ❒ Yes ❒ No

If so, please describe and append decisions if available.

6. Please comment on problematic areas for your College or make Recommendations for Change.

SECTION 2: EDUCATION OF MEMBERS AND THE PUBLIC

1. Does your College provide education for your members around sexual abuse of patients?
   ❒ Yes ❒ No

If yes, please rate the quality of the education provided, using this 5-point scale [circle the appropriate #]:

Very poor quality		Satisfactory		Extremely good
1	2	3	4	5

2. Please describe how your College provides education to its members on sexual abuse by answering the following questions:

a. are any educational programs mandatory? 1 2 3 4 or more

b. have you issued any Guidelines for Respecting Boundaries? ❒ Yes ❒ No

c. how many of your members have participated in voluntary programs? ❒ under 100 ❒ over 100

3. Does your College provide information for the public around sexual abuse of patients, specifically:

a. availability of funding for therapy or counseling ? ❒ Yes ❒ No
b. steps and procedures in the complaints process ? ❒ Yes ❒ No
c. sexual abuse prevention plan ? ❒ Yes ❒ No

4. Please rate the quality of public education you provide, using this 5-point scale, for each of the areas listed below:

Very poor quality		Satisfactory		Extremely good
1	2	3	4	5

Availability of funding for therapy or counseling ___
Steps and procedures in the complaints process ___
Sexual abuse prevention plan ___

5. Please describe the methods used to provide education to the public:

_____
_____
_____
_____
_____

6. How do you support equitable access to your complaints and discipline process (e.g. TDD lines, Braille, language interpretation, cultural sensitivities)? What are the criteria used to determine access to these services?

_____
_____
_____
_____

7. Comments/Problematic Areas/Recommendations for Change

_____
_____
_____
_____

SECTION 3: COMPLAINTS AND DISCIPLINE PROCESS

1. Do you have written criteria for deciding which cases will be referred to discipline?
   ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe or append a copy:

_____
_____
_____
_____
_____

2. To what extent is corroboration required for a case to be referred on to discipline?
   [Please circle the most appropriate number from the scale listed below from 1 to 5]

Not Required		**Usually Required**		**Required**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Of the total number of sexual abuse cases that have been referred to a Discipline Committee since 1994, in how many have expert witnesses been used? _____.

Does your Discipline Committee accept expert evidence based solely on a review of documents and files, with no personal interviews?

☐ Yes ☐ No

3. In how many cases involving sexual abuse has mediation been used since 1994? _____

Please describe what limitations, if any, have been placed on the parties to speak publicly about the mediation process or results.

_____
_____
_____
_____

4. Do you have written criteria, policy, or practice established to determine which cases go on to mediation? Please describe:

_____
_____
_____
_____
_____

5. What internal mechanisms are in place to monitor the quality of your complaints and discipline process?

_____
_____
_____
_____
_____

6. Comments/Problematic Areas/Recommendations for Change

_____
_____
_____
_____
_____

SECTION 4: SUPPORT FOR COMPLAINANTS

1. Do you have a designated support person in place to support complainants?

☐ Yes ☐ No

If yes, please describe in what circumstances and how they are used. If no, please describe current processes used by your college to support complainants:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. What criteria do you use for providing funding from the counseling/therapy fund to patients?

3. How many complainants have applied for such funding since 1994? _____

4. How many complainants have received such funding since 1994? _____

5. In what range has the average award been?

- ☐ $0 - $500
- ☐ $501 - $1000
- ☐ $1001 - $1500
- ☐ $1500 - $3000
- ☐ over - $3000

6. Comments/Problematic Areas/Recommendations for Change

SECTION 5: EDUCATION FOR STAFF, COUNSEL, AND COUNCIL MEMBERS

1. To what extent are your Council Members educated on the RHPA provisions on sexual abuse?

Annually		Occasionally		Seldom
1	2	3	4	5

Please describe the training provided by your College to your Executive Committee and Council members on issues relating to sexual abuse of patients:

2. How is turnover specifically addressed in the training for your Executive Committee and Council members?

3. Please describe the training provided by your College to staff on issues related to sexual abuse of patients: [Please give examples for the following: Investigators, Intake Staff, Support Staff,]

4. Please describe the training provided by your College to legal counsel involved in prosecuting cases related to sexual abuse of patients:

5. Comments/Problematic Areas/Recommendations for Change

SECTION 6: RELATIONSHIPS WITH OTHER COLLEGES

1. Does your College have an ongoing relationship with other regulating colleges on issues related to sexual abuse of patients?

❒ Yes ❒ No

If yes, please describe the relationship:

2. In what ways could a larger College support a smaller College in the area of sexual abuse of patients?

3. Please describe some of the barriers that might prevent such a relationship:

4. Comments/Problematic Areas/Recommendations for Change

Would your College be interested in participating in further meetings to develop Principles of Best Practices at some future date?

❒ Yes ❒ No

PLEASE FEEL FREE TO APPEND ADDITIONAL WRITTEN COMMENTS IF SUFFICIENT SPACE HAS NOT BEEN PROVIDED. THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR HELP IN FILLING OUT THIS QUESTIONNAIRE. WE WILL SHARE THE RESULTS WITH YOU AT THE MAY 12TH ROUNDTABLE.

Sincerely,
Special Task Force on Sexual Abuse of Patients
Marilou McPhedran, Chair,
Members:
Dr. Harvey Armstrong,
Dr. Briar Long,
Ms. Pat Marshall
Dr. Roz Roach

ADDITIONAL WRITTEN COMMENTS:

ANNEXE IV

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et son *Code des professions de la santé*

Plainte relative à des mauvais traitements d'ordre sexuel

(3) Lorsqu'il exerce ses pouvoirs en vertu de la disposition 4 du paragraphe (2), le sous-comité ne peut renvoyer l'affaire au comité d'assurance de la qualité si la plainte porte sur des mauvais traitements d'ordre sexuel au sens de l'alinéa 1 (3) a) ou b).

Plainte faite de mauvaise foi

(4) Si le sous-comité estime qu'une plainte est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi, ou qu'elle constitue par ailleurs un usage abusif de la procédure, il avise le plaignant et le membre de son intention de ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte, et du droit qu'ont ces derniers de présenter des observations par écrit dans les 30 jours suivant la réception de l'avis.

Idem

(5) Si le sous-comité est convaincu, après examen des observations écrites du plaignant et du membre, qu'une plainte est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi, ou qu'elle constitue par ailleurs un usage abusif de la procédure, il ne prend aucune mesure à l'égard de la plainte. 1998, chap. 18, annexe G, art. 15.

Avis de décision

27. Le sous-comité donne au plaignant et au membre qui fait l'objet de la plainte les documents suivants :

a) une copie de sa décision;

b) une copie du texte des motifs, si le sous-comité a décidé de ne prendre aucune mesure à l'égard de la plainte ou de prendre la mesure prévue à la disposition 3 ou 4 du paragraphe 26 (2);

c) un avis informant le membre et le plaignant de tout droit de demander un réexamen qui peut leur être conféré en vertu du paragraphe 29 (2). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 27.

Délai

28. (1) Le sous-comité statue sur la plainte dans les 120 jours qui suivent son dépôt.

Cas où il n'est pas statué sur la plainte

(2) Si le sous-comité n'a pas statué sur la plainte relative à la conduite ou aux actes d'un membre dans les 120 jours qui suivent son dépôt, la Commission peut, à la demande du membre ou du plaignant, exiger du comité des plaintes qu'il fasse en sorte qu'il soit statué sur la plainte.

Non-respect du délai prorogé

(3) S'il n'est toujours pas statué sur la plainte dans les soixante jours après que la Commission l'a exigé, cette dernière fait enquête sur la plainte et rend une ordonnance en vertu du paragraphe (5) dans les 120 jours après que la Commission a exigé qu'il soit statué sur la plainte.

Pouvoirs d'enquête de la Commission

(4) Lorsqu'elle fait enquête sur une plainte, la Commission est dotée des pouvoirs d'un sous-comité du comité des plaintes et de ceux du registrateur à l'égard de l'enquête sur la question et peut, notamment, nommer un enquêteur en vertu de l'alinéa 75 c).

Pouvoirs de la Commission

(5) Après son enquête, la Commission peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Renvoyer la question au comité des plaintes.

2. Faire les recommandations qu'elle estime opportunes à l'intention du comité des plaintes.

3. Exiger du comité des plaintes ou d'un sous-comité qu'il prenne toute mesure que le comité ou un sous-comité est habilité à prendre en vertu de la loi sur une profession de la santé et du présent code, sauf s'il s'agit de demander au registrateur de mener une enquête. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 28.

Réexamen par la Commission

29. (1) Sous réserve de l'article 30, la Commission réexamine la décision d'un sous-comité du comité des plaintes si elle reçoit une demande aux termes du paragraphe (2).

Demande de réexamen

(2) Le plaignant ou le membre qui fait l'objet de la plainte peut demander à la Commission de réexaminer la décision d'un sous-comité du comité des plaintes, sauf si la décision :

a) soit renvoyait une allégation de faute professionnelle ou d'incompétence au comité de discipline;

b) soit adressait le membre au bureau aux fins de procédures pour incapacité.

Délai

(3) La demande de réexamen ne peut être présentée que dans les trente jours suivant la

réception de l'avis relatif au droit de demander un réexamen donné aux termes de l'alinéa 27 c).

Parties

(4) Sont parties à un réexamen le plaignant et le membre qui fait l'objet de la plainte. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 29.

Aucun réexamen

30. (1) La Commission ne réexamine pas la décision si la partie qui demande le réexamen retire sa demande et que l'autre partie y consent.

Demande faite de mauvaise foi

(2) Si la Commission estime qu'une demande de réexamen de décision est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi, ou qu'elle constitue par ailleurs un usage abusif de la procédure, elle avise les parties de son intention de ne pas donner suite au réexamen et du droit qu'ont ces dernières de présenter des observations par écrit dans les trente jours suivant la réception de l'avis.

Idem

(3) Si la Commission est convaincue, après étude des observations écrites des parties, qu'une demande est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi, ou qu'elle constitue par ailleurs un usage abusif de la procédure, elle ne réexamine pas la décision. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 30.

Représentant à titre de plaignant

31. Le représentant d'un plaignant peut agir à titre de plaignant aux fins du réexamen de la décision par la Commission si le plaignant décède ou est frappé d'incapacité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 31.

Examen du compte rendu de la décision

32. (1) Si demande est faite à la Commission de réexaminer une décision, le registrateur lui remet dans les quinze jours suivant sa demande un compte rendu de l'enquête, ainsi que les documents et choses sur lesquels la décision était fondée.

Divulgation

(2) Avant de procéder au réexamen de la décision, la Commission divulgue auprès des parties tout ce que lui a remis le registrateur aux termes du paragraphe (1).

Exceptions

(3) La Commission peut refuser de divulguer tout ce qui, à son avis, risque, selon le cas :

a) d'entraîner la divulgation de questions touchant à la sécurité publique;

b) d'ébranler l'intégrité du processus d'enquête sur la plainte et de réexamen;

c) de divulguer des questions financières, personnelles ou autres de nature telle qu'il vaut mieux éviter leur divulgation dans l'intérêt de toute personne intéressée ou dans l'intérêt public qu'adhérer au principe selon lequel la divulgation doit avoir lieu;

d) de léser une personne engagée dans une instance criminelle ou dans une poursuite ou instance civile;

e) de mettre en danger la sécurité de quiconque. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 32.

Procédure de réexamen

33. (1) Lors d'un réexamen, la Commission prend en considération l'un et l'autre, ou un seul, des éléments suivants :

a) le caractère adéquat de l'enquête menée;

b) le caractère raisonnable de la décision.

Procédure

(2) Lorsqu'elle procède à un réexamen, la Commission :

a) donne à la partie qui demande le réexamen la possibilité de faire des commentaires sur les questions énoncées aux alinéas (1) a) et b), et à l'autre partie la possibilité d'y répondre;

b) peut exiger de l'ordre qu'il envoie un représentant;

c) peut interroger les parties et le représentant de l'ordre;

d) peut permettre aux parties de présenter des observations sur les questions soulevées par toute question posée en vertu de l'alinéa c);

e) ne permet pas aux parties et au représentant de l'ordre de s'interroger mutuellement. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 33.

Dispositions relatives à la procédure

34. (1) Les dispositions suivantes s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, aux réexamens effectués par la Commission :

1. L'article 43 (interdiction aux membres des sous-comités de communiquer).

2. L'article 45 (audiences publiques).

3. L'article 47 (témoins d'inconduite sexuelle).

4. L'article 50 (membres du sous-comité qui participent).

5. L'article 55 (communication des preuves). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 34.

Idem

(2) Les dispositions suivantes de la *Loi sur l'exercice des compétences légales* s'appliquent également, avec les adaptations nécessaires, à un réexamen effectué par la Commission :

1. Article 4 (renonciation aux exigences en matière de procédure).

2. Article 4.1 (absence d'audience).

3. Article 5.1 (audiences écrites).

4. Article 5.2 (audiences électroniques).

5. Article 5.3 (conférences préparatoires à l'audience).

6. Article 21 (ajournement).

7. Article 21.1 (correction d'erreurs).

8. Article 25.1 (règles). 1998, chap. 18, annexe G, art. 16.

Pouvoirs de la Commission

35. (1) Après avoir effectué le réexamen d'une décision, la Commission peut prendre l'une ou l'autre, ou plusieurs, des mesures suivantes :

1. Confirmer la décision, en totalité ou en partie.

2. Faire les recommandations qu'elle estime opportunes à l'intention du comité des plaintes.

3. Exiger du comité des plaintes qu'il prenne toute mesure qu'il est habilité à prendre en vertu de la loi sur une profession de la santé et du présent code, sauf s'il s'agit de demander au registrateur de mener une enquête.

Décision par écrit

(2) La Commission communique sa décision motivée par écrit aux parties et au comité des plaintes. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 35.

Discipline

Renvoi des allégations par le bureau

36. (1) Le bureau peut renvoyer au comité de discipline toute allégation précisée de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 36.

Allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel

(2) Pour décider s'il y a lieu de renvoyer au comité de discipline une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, le bureau tient compte de toute opinion, exigée aux termes du paragraphe 85.3 (5), quant à la probabilité que le membre qui fait l'objet du rapport inflige des mauvais traitements d'ordre sexuel à des patients à l'avenir. 1993, chap. 37, art. 9.

Suspension provisoire

37. (1) Le bureau peut, sous réserve du paragraphe (5), rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

a) d'une part, une allégation est renvoyée au comité de discipline;

b) d'autre part, il est d'avis que la conduite du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Procédure suivant la suspension provisoire

(2) Si le bureau rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'une question renvoyée au comité de discipline :

a) d'une part, l'ordre traite la question avec célérité;

b) d'autre part, le comité de discipline donne priorité à la question.

Effet de l'ordonnance

(3) L'ordonnance prévue au paragraphe (1) demeure en vigueur jusqu'à ce que la question soit tranchée par un sous-comité du comité de discipline.

Ordonnance d'un sous-comité

(4) Dans le cas d'une question à l'égard de laquelle a été rendue l'ordonnance prévue au

paragraphe (1), l'ordonnance d'un sous-comité du comité de discipline enjoignant au registrateur de révoquer ou de suspendre le certificat d'un membre, ou de l'assortir de conditions, prend effet immédiatement, même en cas d'appel.

Restrictions relatives aux ordonnances

(5) Aucune ordonnance ne peut être rendue en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'un membre par le bureau sans que le membre :

a) ait été avisé de l'intention du bureau de rendre l'ordonnance;

b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit au bureau. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 37.

Sous-comité constitué pour les questions disciplinaires

38. (1) Le président du comité de discipline constitue un sous-comité dont les membres sont choisis parmi les membres du comité pour tenir une audience sur les allégations de faute professionnelle ou d'incompétence d'un membre, renvoyées au comité par le bureau ou par le comité des plaintes.

Composition

(2) Le sous-comité se compose d'au moins trois et d'au plus cinq personnes, dont au moins deux sont des personnes nommées au conseil par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Idem

(3) Au moins un des membres du sous-comité est à la fois membre de l'ordre et membre du conseil.

Exclusion

(4) Ne peut être choisi pour faire partie du sous-comité quiconque a participé à l'enquête sur ce qui doit constituer l'objet de l'audience du sous-comité.

Quorum

(5) Trois membres, dont au moins un doit avoir été nommé au conseil par le lieutenant-gouverneur en conseil, constituent le quorum d'un sous-comité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 38.

Les membres du sous-comité sont réputés maintenus

39. Le membre d'un sous-comité qui cesse d'être membre du comité de discipline après qu'a commencé l'audition d'une question devant le sous-comité est réputé, aux fins du règlement de la question, être toujours membre du sous-comité jusqu'à ce que la question soit tranchée

de façon définitive. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 39.

Modification des avis d'audience

40. Le sous-comité peut en tout temps permettre que l'avis d'audience relative aux allégations faites contre un membre soit modifié pour corriger les erreurs ou omissions mineures ou les coquilles qui s'y trouvent, s'il est d'avis qu'il est juste et équitable de ce faire. Le sous-comité peut rendre toute ordonnance qu'il estime nécessaire pour éviter tout préjudice au membre. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 40.

Parties

41. Sont parties à l'audience l'ordre et le membre contre lequel des allégations ont été faites. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 41.

Participation de tiers aux audiences

41.1 (1) Le sous-comité peut permettre à toute personne qui n'est pas partie de participer à une audience dans les cas suivants :

a) la bonne réputation, la bonne conduite ou la compétence de la personne est une question en litige à l'audience;

b) il est d'avis que la participation de la personne lui serait utile.

Mesure de la participation

(2) Le sous-comité détermine dans quelle mesure la personne dont il permet la participation peut le faire et, notamment, peut permettre à la personne de présenter des observations orales ou écrites, de présenter des preuves et de contre-interroger des témoins. 1993, chap. 37, art. 10.

Divulgation des preuves

42. (1) Les preuves contre un membre ne sont recevables lors de l'audition des allégations faites contre lui que si, au moins dix jours avant l'audience, il a été donné au membre, selon le cas :

a) dans le cas d'éléments de preuve écrite ou documentaire, la possibilité de les examiner;

b) dans le cas de preuves d'un expert, l'identité de l'expert et une copie du rapport écrit de celui-ci ou, à défaut d'un tel rapport, un sommaire écrit des preuves;

c) dans le cas de preuves testimoniales, l'identité des témoins. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 42 (1); 1993, chap. 37, art. 11.

Exception

(2) Le sous-comité peut, à sa discrétion, permettre la présentation de preuves qui ne sont pas recevables aux termes du paragraphe (1) et peut donner les directives qu'il estime nécessaires pour empêcher que le membre soit lésé. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 42 (2).

Divulgation des preuves

42.1 (1) Les preuves d'un expert présentées par une personne autre que l'ordre ne sont recevables que si, au moins dix jours avant l'audience, la personne divulgue à l'ordre l'identité de l'expert et lui donne une copie du rapport écrit de celui-ci ou, à défaut d'un tel rapport, un sommaire écrit des preuves. 1993, chap. 37, art. 12.

Exception

(2) Le sous-comité peut, à sa discrétion, permettre la présentation de preuves qui ne sont pas recevables aux termes du présent article et peut donner les directives qu'il estime nécessaires pour empêcher que l'ordre ne soit lésé. 1998, chap. 18, annexe G, art. 17.

Interdiction aux membres des sous-comités de communiquer

43. Aucun membre d'un sous-comité qui tient une audience ne peut s'entretenir, en dehors de l'audience, avec une partie ou son représentant à propos de l'objet de l'audience, sans que l'autre partie ait été avisée de l'objet de l'entretien et qu'il lui soit donné la possibilité d'y assister. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 43.

Avis juridiques

44. Si un sous-comité obtient des avis juridiques relativement à une audience, il en fait connaître la nature aux parties et ces dernières peuvent présenter des observations à cet égard. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 44.

Audiences publiques

45. (1) Sous réserve du paragraphe (2), les audiences sont publiques.

Huis clos

(2) Le sous-comité peut rendre une ordonnance portant qu'une audience ou une partie de celle-ci doit se tenir à huis clos s'il est convaincu que, selon le cas :

a) des questions touchant à la sécurité publique risquent d'être divulguées;

b) risquent d'être divulguées lors de l'audience des questions financières, personnelles ou autres de nature telle qu'il vaut mieux éviter leur divulgation dans l'intérêt de toute personne intéressée ou dans l'intérêt public qu'adhérer au principe selon lequel les

audiences doivent être publiques;

c) une personne engagée dans une instance criminelle ou dans une poursuite ou instance civile pourrait être lésée;

d) la sécurité de quiconque risque d'être mise en danger.

Ordonnances interdisant la divulgation

(3) Dans les cas où le sous-comité peut rendre une ordonnance portant que l'audience doit se tenir à huis clos, il peut rendre les ordonnances qu'il estime nécessaires pour empêcher la divulgation dans le public des questions dont il a été fait état lors de l'audience, et notamment proscrire la publication ou la radiodiffusion de ces questions.

Possibilité de divulguer les renseignements publics

(4) Nulle ordonnance empêchant la publication des renseignements qui figurent au tableau et qui sont accessibles au public ne peut être rendue en vertu du paragraphe (3).

Huis clos

(5) Le sous-comité peut rendre une ordonnance portant que la partie de l'audience qui traite d'une motion visant à obtenir une ordonnance en vertu du paragraphe (2) doit se tenir à huis clos.

Ordonnances à l'égard des questions énoncées dans les observations

(6) Le sous-comité peut rendre toute ordonnance nécessaire pour empêcher la divulgation dans le public des questions dont il est fait état dans les observations relatives à une motion visée au paragraphe (5), et notamment proscrire la publication ou la radiodiffusion de ces questions.

Motifs à l'appui de l'ordonnance

(7) Le sous-comité fait en sorte que toute ordonnance qu'il rend en vertu du présent article soit accessible au public sous forme écrite et accompagnée des motifs.

Réexamen de l'ordonnance

(8) Le sous-comité peut réexaminer toute ordonnance rendue en vertu du paragraphe (2) ou (3), à la demande de quiconque ou de sa propre initiative. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 45.

Exception aux audiences à huis clos

46. Si un sous-comité rend l'ordonnance prévue au paragraphe 45 (2) en totalité ou en partie parce qu'il s'avère souhaitable d'éviter la divulgation de questions dans l'intérêt d'une personne intéressée, le sous-comité peut permettre à cette personne ou à son représentant d'assister à

l'audience. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 46.

Témoins d'inconduite sexuelle

47. (1) Le sous-comité, à la demande d'un témoin dont le témoignage se rapporte aux allégations d'inconduite d'ordre sexuel de la part d'un membre et qui concerne le témoin, rend une ordonnance portant que nul ne doit rendre publics l'identité du témoin ni aucun renseignement susceptible de révéler l'identité du témoin. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 47.

Interprétation

(2) La définition qui suit s'applique au paragraphe (1).

«allégations d'inconduite d'ordre sexuel de la part d'un membre» S'entend notamment des allégations voulant que le membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel au témoin lorsque celui-ci était un patient du membre. 1993, chap. 37, art. 13.

Transcription des audiences

48. (1) Le sous-comité qui tient une audience veille à ce que :

a) les témoignages oraux soient consignés;

b) la copie de la transcription de l'audience soit accessible aux parties qui en font la demande, à leurs frais;

c) la copie de la transcription de toute partie de l'audience dont la publication n'est pas interdite par ordonnance soit accessible à quiconque, à ses frais.

Transcription déposée auprès du tribunal

(2) Si la transcription d'une partie de l'audience qui fait l'objet d'une ordonnance en interdisant la publication est déposée auprès d'un tribunal relativement à une instance, seuls le tribunal et les parties à l'instance peuvent l'examiner, sauf ordonnance contraire du tribunal. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 48.

Recevabilité des preuves

49. Malgré la *Loi sur l'exercice des compétences légales*, sont irrecevables lors d'une audience les preuves qui ne seraient pas recevables devant un tribunal dans le cadre d'une action civile, et les conclusions d'un sous-comité se fondent uniquement sur les preuves qu'il reçoit. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 49.

Membres du sous-comité qui participent

50. Seuls les membres d'un sous-comité qui étaient présents du début d'une audience à la fin participent à la décision du sous-comité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 50.

Faute professionnelle

51. (1) Le sous-comité conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle si, selon le cas :

a) le membre a été déclaré coupable d'une infraction qui se rapporte à son aptitude à exercer sa profession;

b) le corps dirigeant d'une profession de la santé dans un ressort autre que l'Ontario a conclu que le membre avait commis une faute professionnelle qui, de l'avis du sous-comité, constitue une faute professionnelle telle que la définissent les règlements;

b.1) le membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient;

c) le membre a commis une faute professionnelle telle que la définissent les règlements. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 51 (1); 1993, chap. 37, par. 14 (1).

Ordonnances

(2) Si un sous-comité conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle, il peut, par ordonnance :

1. Enjoindre au registrateur de révoquer le certificat d'inscription du membre.

2. Enjoindre au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre pour une durée déterminée.

3. Enjoindre au registrateur d'assortir des conditions et des restrictions précisées le certificat d'inscription du membre pour une durée déterminée ou indéfinie.

4. Exiger du membre qu'il se présente devant le sous-comité pour être réprimandé.

5. Exiger du membre qu'il verse une amende d'au plus 35 000 $ au ministre des Finances.

5.1 Si la faute professionnelle a consisté dans le fait d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient, exiger du membre qu'il rembourse à l'ordre les fonds alloués à ce patient dans le cadre du programme exigé aux termes de l'article 85.7.

5.2 Si le sous-comité rend une ordonnance en vertu de la disposition 5.1, exiger du membre qu'il dépose un cautionnement jugé acceptable par l'ordre pour garantir le paiement des sommes d'argent qu'il peut être tenu de rembourser aux termes de l'ordonnance prévue à la disposition 5.1. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 51 (2); 1993, chap. 37, par. 14 (2).

Idem

(3) Lorsqu'il rend une ordonnance en vertu de la disposition 2 ou 3 du paragraphe (2), le sous-comité peut préciser les conditions auxquelles le membre doit satisfaire pour obtenir l'annulation d'une suspension ou la suppression des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription.

Suspension d'ordonnance

(4) Le sous-comité peut suspendre l'effet d'une ordonnance rendue en vertu du paragraphe (2) pour une durée déterminée et dans des conditions précisées. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 51 (3) et (4).

Ordonnances relatives à de mauvais traitements d'ordre sexuel

(5) Si le sous-comité conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle en infligeant des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient, outre ce que lui permet de faire le paragraphe (2), le sous-comité :

1. Réprimande le membre.

2. Révoque le certificat d'inscription du membre si les mauvais traitements d'ordre sexuel consistaient en l'un ou l'autre des actes suivants, ou le comprenaient :

i. des rapports sexuels,

ii. un contact génito-génital, génito-anal, bucco-génital ou bucco-anal,

iii. la masturbation du membre par le patient ou en présence de ce dernier,

iv. la masturbation du patient par le membre,

v. l'incitation, par le membre, du patient à se masturber en présence du membre.

Déclaration sur les effets des mauvais traitements d'ordre sexuel

(6) Avant de rendre une ordonnance aux termes du paragraphe (5), le sous-comité tient compte de toute déclaration écrite décrivant les effets des mauvais traitements d'ordre sexuel sur le patient qui a été déposée ainsi que de toute déclaration orale qui a été faite au sous-comité à ce sujet.

Idem

(7) La déclaration peut être faite par le patient ou par son représentant.

Idem

(8) Le sous-comité ne doit pas tenir compte de la déclaration à moins qu'il n'ait été conclu

qu'une faute professionnelle a été commise.

Avis donné au membre

(9) Lorsqu'une déclaration écrite est déposée, le sous-comité veille à ce qu'une copie de celle-ci soit remise, aussitôt que possible, au membre, à son avocat et à l'ordre. 1993, chap. 37, par. 14 (3).

Incompétence

52. (1) Le sous-comité conclut à l'incompétence d'un membre si les soins professionnels donnés à un patient manifestent un manque de connaissance, de compétence ou de jugement, ou de l'indifférence pour le bien-être du patient, d'un ordre ou dans une mesure qui démontre que le membre est inapte à exercer sa profession ou que ses activités professionnelles doivent être restreintes.

Ordonnance

(2) Si le sous-comité conclut à l'incompétence d'un membre, il peut, par ordonnance :

1. Enjoindre au registrateur de révoquer le certificat d'inscription du membre.

2. Enjoindre au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre.

3. Enjoindre au registrateur d'assortir de conditions et de restrictions précisées le certificat d'inscription du membre pour une durée déterminée ou indéfinie.

Idem

(3) Lorsqu'il rend une ordonnance en vertu du paragraphe (2), le sous-comité peut préciser les conditions auxquelles le membre doit satisfaire pour obtenir l'annulation d'une suspension ou la suppression des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 52.

Frais en cas d'instances injustifiées

53. Le sous-comité qui est d'avis que l'introduction d'une instance était injustifiée peut rendre une ordonnance exigeant de l'ordre qu'il paie tout ou partie des frais judiciaires du membre. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 53.

Frais de l'ordre

53.1 Dans les cas appropriés, le sous-comité qui conclut qu'un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent peut rendre une ordonnance exigeant du membre qu'il paie tout ou partie des frais suivants :

1. Les frais judiciaires de l'ordre.

2. Les frais de l'ordre engagés pour faire enquête sur la question.

3. Les frais de l'ordre engagés relativement à la tenue de l'audience. 1993, chap. 37, art. 15.

Communication de la décision au plaignant

54. Le sous-comité communique sa décision motivée par écrit aux parties et, si la question a été renvoyée au comité de discipline par le comité des plaintes, au plaignant. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 54.

Communication des preuves

55. Le comité de discipline communique, sur demande, les documents et choses présentés en preuve lors d'une audience à la personne qui les a produits, dans un délai raisonnable après que la question en litige a été tranchée de façon définitive. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 55.

Publication des décisions

56. (1) L'ordre doit publier la décision motivée du sous-comité, ou la décision et un résumé des motifs à l'appui de celle-ci, dans son rapport annuel. Il peut publier la décision motivée ou la décision et le résumé des motifs dans n'importe quelle autre de ses publications.

Publication du nom du membre

(2) Lorsqu'il publie une décision motivée ou une décision et un résumé des motifs aux termes du paragraphe (1), l'ordre publie le nom du membre qui fait l'objet de l'instance si, selon le cas :

a) quiconque peut connaître l'issue de l'instance en consultant le tableau;

b) le membre demande que son nom soit publié.

Non-publication du nom du membre

(3) L'ordre ne publie pas le nom du membre à moins d'y être tenu aux termes du paragraphe (2). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 56.

Incapacité

Enquête du registrateur

57. Le registrateur qui croit qu'un membre est peut-être frappé d'incapacité mène les enquêtes qu'il estime appropriées et présente au bureau un rapport sur le résultat de ces enquêtes. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 57.

Constitution d'une commission d'enquête

58. (1) Une commission d'enquête chargée de mener une enquête afin d'établir si un membre est frappé d'incapacité peut être constituée par le bureau si celui-ci reçoit, selon le cas :

a) un rapport du registrateur visé à l'article 57;

b) un renvoi effectué par un sous-comité du comité des plaintes en vertu de la disposition 2 du paragraphe 26 (2).

Avis adressé au membre

(2) Le bureau avise au préalable le membre de son intention de constituer une commission d'enquête pour mener une enquête afin d'établir si le membre est frappé d'incapacité.

Composition de la commission

(3) La commission d'enquête se compose d'un membre du conseil qui a été nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil et d'au moins deux membres de l'ordre. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 58.

Enquêtes de la commission

59. (1) La commission d'enquête mène les enquêtes qu'elle estime appropriées.

Examens physiques ou mentaux

(2) Si, au terme de ses enquêtes, la commission d'enquête a des motifs raisonnables et probables de croire que le membre qui fait l'objet de l'enquête est frappé d'incapacité, elle peut exiger de lui qu'il subisse des examens physiques ou mentaux pratiqués ou ordonnés par un professionnel de la santé qu'elle désigne et peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre jusqu'à ce qu'il ait subi ces examens. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 59.

Rapport de la commission

60. La commission d'enquête présente un rapport au bureau et en remet une copie, ainsi qu'une copie de tout rapport relatif aux examens exigés aux termes du paragraphe 59 (2), au membre qui a fait l'objet de l'enquête. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 60.

Renvoi au comité d'aptitude professionnelle

61. Après avoir reçu le rapport d'une commission d'enquête, le bureau peut renvoyer la question au comité d'aptitude professionnelle. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 61.

Suspension provisoire

62. (1) Le bureau peut, sous réserve de l'article 63, rendre une ordonnance provisoire enjoignant au registrateur de suspendre le certificat d'inscription d'un membre ou de l'assortir de conditions ou de restrictions si :

a) d'une part, il a renvoyé au comité d'aptitude professionnelle une question mettant en cause le membre;

b) d'autre part, il est d'avis que l'état physique ou mental du membre expose ou exposera vraisemblablement ses patients à un préjudice ou à des blessures.

Procédure suivant la suspension provisoire

(2) Si le bureau rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1) à l'égard d'une question renvoyée au comité d'aptitude professionnelle :

a) d'une part, l'ordre traite la question avec célérité;

b) d'autre part, le comité d'aptitude professionnelle donne priorité à la question.

Effet de l'ordonnance

(3) L'ordonnance prévue au paragraphe (1) demeure en vigueur jusqu'à ce que la question soit tranchée par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 62.

Restrictions relatives aux ordonnances

63. Aucune ordonnance ne peut être rendue à l'égard d'un membre par une commission d'enquête en vertu du paragraphe 59 (2) ou par le bureau en vertu du paragraphe 62 (1) sans que le membre :

a) ait été avisé de l'intention de la commission ou du bureau de rendre l'ordonnance;

b) ait bénéficié d'un délai d'au moins quatorze jours pour présenter des observations par écrit à la commission ou au bureau;

c) ait reçu copie des dispositions de l'article 62, dans le cas d'une ordonnance émanant du bureau, prévue au paragraphe 62 (1). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 63.

Sous-comité constitué pour les questions d'aptitude professionnelle

64. (1) Le président du comité d'aptitude professionnelle constitue un sous-comité dont les membres sont choisis parmi les membres du comité pour tenir une audience sur toute question renvoyée au comité par le bureau.

Composition

(2) Le sous-comité se compose d'au moins trois personnes, dont l'une est une personne nommée au conseil par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Quorum

(3) Trois membres constituent le quorum d'un sous-comité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 64.

Parties

65. Sont parties à une audience l'ordre, le membre dont il est allégué qu'il est frappé d'incapacité et toute autre personne que précise le sous-comité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 65.

Rapports de professionnels de la santé

66. (1) Tout rapport dressé et signé par un professionnel de la santé et qui comprend ses conclusions et les faits sur lesquels celles-ci sont fondées est recevable en preuve lors d'une audience sans qu'il soit nécessaire de prouver son authenticité ou celle de la signature du professionnel de la santé, si la partie qui le présente en remet une copie aux autres parties au moins dix jours avant l'audience.

Témoignage des professionnels de la santé

(2) Un professionnel de la santé ne peut témoigner en sa qualité de professionnel à une audience que s'il est présenté en preuve un rapport dressé et signé par lui et qui comprend ses conclusions et les faits sur lesquels celles-ci sont fondées.

Contre-interrogatoire

(3) Si le rapport visé au paragraphe (1) est présenté par une partie, les autres parties peuvent assigner et contre-interroger la personne qui a dressé le rapport. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 66.

Exception

(4) Le sous-comité peut, à sa discrétion, permettre à une partie de présenter des preuves qui ne sont pas recevables aux termes du présent article et peut donner les directives qu'il estime nécessaires pour empêcher que les autres parties ne soient lésées. 1998, chap. 18, annexe G, art. 18.

Dispositions relatives à la procédure

67. Les dispositions suivantes s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, aux audiences tenues par les sous-comités :

1. Le paragraphe 22 (4) (conclusions de fait).

2. Le paragraphe 38 (4) (exclusion).

3. L'article 39 (les membres du sous-comité sont réputés maintenus).

4. L'article 42 (divulgation des preuves).

4.1 L'article 42.1 (divulgation de preuves par un membre).

5. L'article 43 (interdiction aux membres des sous-comités de communiquer).

6. L'article 44 (avis juridiques).

7. L'article 47 (témoins d'inconduite sexuelle).

8. L'article 50 (membres du sous-comité qui participent).

9. L'article 55 (communication des preuves). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 67; 1993, chap. 37, art. 16.

Audiences à huis clos

68. (1) Sous réserve du paragraphe (2), les audiences sont tenues à huis clos.

Audience publique sur demande du membre dans certains cas

(2) Une audience est publique si la personne dont il est allégué qu'elle est frappée d'incapacité en fait la demande par un avis écrit que le registrateur reçoit avant la date à laquelle commence l'audience, sauf si le sous-comité est convaincu que, selon le cas :

a) des questions touchant à la sécurité publique risquent d'être divulguées;

b) risquent d'être divulguées lors de l'audience des questions financières, personnelles ou autres de nature telle qu'il vaut mieux, compte tenu des circonstances, éviter leur divulgation dans l'intérêt de toute personne intéressée, à l'exception de la personne dont la capacité fait l'objet d'une enquête, ou dans l'intérêt public qu'adhérer au principe selon lequel les audiences doivent être publiques;

c) une personne engagée dans une instance criminelle ou dans une poursuite ou instance civile pourrait être lésée;

d) la sécurité de quiconque risque d'être mise en danger. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 68.

Ordonnances

69. (1) Si un sous-comité conclut qu'un membre est frappé d'incapacité, il doit, par

ordonnance :

1. Enjoindre au registrateur de révoquer le certificat d'inscription du membre.

2. Enjoindre au registrateur de suspendre le certificat d'inscription du membre.

3. Enjoindre au registrateur d'assortir des conditions et des restrictions précisées le certificat d'inscription du membre pour une durée déterminée ou indéfinie.

Idem

(2) Lorsqu'il rend une ordonnance en vertu du paragraphe (1), le sous-comité peut préciser les conditions auxquelles le membre doit satisfaire pour obtenir l'annulation d'une suspension ou la suppression des conditions et restrictions dont est assorti son certificat d'inscription. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 69.

Appels portés devant la cour

Appel des décisions

70. (1) Toute partie à une instance devant la Commission concernant une audience ou un réexamen relatifs à une inscription ou toute partie à une instance devant un sous-comité du comité de discipline ou du comité d'aptitude professionnelle, à l'exclusion de l'audition d'une demande visée au paragraphe 72 (1), peut interjeter appel de la décision de la Commission ou du sous-comité devant la Cour divisionnaire.

Fondement de l'appel

(2) L'appel interjeté en vertu du paragraphe (1) est recevable à l'égard de questions de droit ou de questions de fait, ou des deux.

Pouvoirs de la Cour

(3) Dans le cadre d'un appel interjeté en vertu du paragraphe (1), la Cour est investie de tous les pouvoirs du sous-comité qui a traité de la question et, dans le cadre de l'appel d'une décision de la Commission, est en outre investie de tous les pouvoirs de la Commission. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 70.

Entrée en vigueur de certaines ordonnances

71. L'ordonnance rendue par un sous-comité du comité de discipline pour cause d'incompétence, ou par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle pour cause d'incapacité, et qui enjoint au registrateur de révoquer ou de suspendre le certificat d'un membre, ou de l'assortir de restrictions ou de conditions, entre en vigueur immédiatement même s'il y a appel. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 71.

Entrée en vigueur de certaines ordonnances

71.1 L'article 71 s'applique également à l'ordonnance rendue par un sous-comité du comité de discipline découlant d'une conclusion selon laquelle un membre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel consistant en l'un des actes mentionnés à la sous-disposition i, ii, iii ou iv de la disposition 2 du paragraphe 51 (5). 1993, chap. 37, art. 17.

Remise en vigueur

Demandes de remise en vigueur

72. (1) La personne dont le certificat d'inscription a été révoqué ou suspendu par suite de procédures disciplinaires ou de procédures pour incapacité peut demander par écrit au registrateur qu'un nouveau certificat lui soit délivré ou que la suspension soit annulée.

Délai de présentation de la demande

(2) La demande prévue au paragraphe (1) ne peut être présentée avant l'écoulement de l'un des délais suivants :

a) un an après la révocation ou la suspension;

b) six mois après la présentation de la dernière demande présentée en vertu du paragraphe (1). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 72.

Délai de présentation de la demande en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel

(3) La demande prévue au paragraphe (1) ne peut, en cas de révocation pour cause de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, être présentée avant l'écoulement de l'un des délais suivants :

a) cinq ans après la révocation;

b) six mois après la présentation de la dernière demande présentée en vertu du paragraphe (1). 1993, chap. 37, art. 18.

Renvoi au comité compétent

73. (1) Le registrateur renvoie la demande :

a) au comité de discipline, si la révocation ou la suspension a pour motif une faute professionnelle ou l'incompétence;

b) au comité d'aptitude professionnelle, si la révocation ou la suspension a pour motif l'incapacité.

Audiences

(2) Le président du comité auquel une demande est renvoyée choisit, parmi les membres du comité, les membres du sous-comité chargé de procéder à l'audience relative à la demande.

Dispositions relatives à la procédure

(3) Les dispositions suivantes s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'audience relative à une demande par un sous-comité du comité de discipline :

1. Le paragraphe 22 (4) (conclusions de fait).

2. Le paragraphe 38 (2) (composition).

3. Le paragraphe 38 (3) (composition).

4. Le paragraphe 38 (5) (quorum).

5. L'article 43 (interdiction aux membres des sous-comités de communiquer).

6. L'article 44 (avis juridiques).

7. L'article 45 (audiences publiques).

8. L'article 47 (témoins d'inconduite sexuelle).

9. L'article 48 (transcription des audiences).

10. L'article 50 (membres du sous-comité qui participent).

11. L'article 55 (communication des preuves).

Idem

(4) Les dispositions suivantes s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'audience relative à une demande par un sous-comité du comité d'aptitude professionnelle :

1. Le paragraphe 22 (4) (conclusions de fait).

2. L'article 43 (interdiction aux membres des sous-comités de communiquer).

3. L'article 44 (avis juridiques).

4. L'article 47 (témoins d'inconduite sexuelle).

5. L'article 48 (transcription des audiences).

6. L'article 50 (membres du sous-comité qui participent).

7. L'article 55 (communication des preuves).

8. Le paragraphe 64 (2) (composition).

9. Le paragraphe 64 (3) (quorum).

10. L'article 68 (audiences à huis clos).

Ordonnance

(5) À la suite d'une audience, le sous-comité peut, par ordonnance :

1. Enjoindre au registrateur de délivrer un certificat d'inscription à l'auteur de la demande.

2. Enjoindre au registrateur d'annuler la suspension du certificat d'inscription de l'auteur de la demande.

3. Enjoindre au registrateur d'assortir des conditions et des restrictions précisées le certificat d'inscription de l'auteur de la demande. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 73 (1) à (5).

Restriction en cas de mauvais traitements d'ordre sexuel

(5.1) Le sous-comité ne peut rendre une ordonnance enjoignant au registrateur de délivrer un nouveau certificat d'inscription à l'auteur de la demande dont le certificat a été révoqué pour cause de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient, à moins que ne soient satisfaites les conditions prescrites. 1993, chap. 37, art. 19.

Décision

(6) Le sous-comité qui tient une audience relative à une demande communique sa décision motivée par écrit à l'auteur de la demande et au registrateur. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 73 (6).

Ordonnances sans audience

74. (1) Dans le cas d'une personne dont le certificat d'inscription a été révoqué ou suspendu par suite de procédures disciplinaires ou de procédures pour incapacité, le conseil ou le bureau peut, par ordonnance et sans qu'une audience soit tenue :

1. Enjoindre au registrateur de délivrer un nouveau certificat d'inscription à l'auteur de la demande.

2. Enjoindre au registrateur d'annuler la suspension du certificat d'inscription de l'auteur de la demande.

3. Enjoindre au registrateur d'assortir des conditions et des restrictions précisées le certificat d'inscription de l'auteur de la demande si une ordonnance est rendue en vertu de la disposition 1 ou 2. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 74.

Restriction

(2) Le présent article ne s'applique pas aux révocations pour cause de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'un patient. 1993, chap. 37, art. 20.

Pouvoirs d'enquête du registrateur

Enquêteurs

75. Le registrateur peut nommer un ou plusieurs enquêteurs chargés d'établir si un membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, dans les cas suivants :

a) le registrateur croit, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, que le membre a commis une faute professionnelle ou est incompétent, et le bureau approuve la nomination;

b) le bureau a reçu un rapport du comité d'assurance de la qualité concernant le membre et a demandé au registrateur de mener une enquête;

c) le comité des plaintes a reçu une plainte par écrit au sujet du membre et a demandé au registrateur de mener une enquête. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 75.

Pouvoirs des enquêteurs

76. (1) L'enquêteur peut enquêter sur les activités professionnelles du membre qui fait l'objet d'une enquête et, pour les besoins de l'enquête, est investi de tous les pouvoirs d'une commission en vertu de la partie II de la *Loi sur les enquêtes publiques*.

Idem

(2) L'enquêteur peut, sur production d'une attestation de sa nomination, pénétrer, à toute heure raisonnable, dans le lieu de travail du membre et examiner tout ce qui s'avère pertinent à l'enquête.

Interdiction d'entraver

(3) Nul ne doit entraver le travail d'un enquêteur, ni garder par-devers soi, lui dissimuler ou détruire quoi que ce soit qui s'avère pertinent.

Conflits

(4) Le présent article s'applique malgré les dispositions d'autres lois relatives à la

confidentialité des dossiers médicaux. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 76.

Perquisitions

77. (1) Un juge de paix peut délivrer à l'enquêteur qui en fait la demande un mandat l'autorisant à pénétrer dans un lieu et à y perquisitionner, ainsi qu'à examiner tout ce qui s'avère pertinent, s'il est convaincu que l'enquêteur a été nommé de façon régulière et qu'il existe des motifs raisonnables et probables de croire que :

a) d'une part, le membre qui fait l'objet de l'enquête a commis une faute professionnelle ou est incompétent;

b) d'autre part, il se trouve des choses pertinentes dans ce lieu.

Perquisition de jour sauf indication contraire

(2) Le mandat délivré aux termes du paragraphe (1) n'a pas pour effet d'autoriser une perquisition avant le lever du soleil et après le coucher du soleil, sauf indication contraire expresse dans le mandat.

Aide et recours à la force

(3) L'enquêteur qui pénètre dans un lieu et y perquisitionne en vertu d'un mandat délivré aux termes du paragraphe (1) peut être aidé d'autres personnes et avoir recours à la force pour y pénétrer.

Obligation de l'enquêteur de présenter une pièce d'identité

(4) L'enquêteur qui pénètre dans un lieu et y perquisitionne en vertu d'un mandat délivré aux termes du paragraphe (1) est tenu de présenter une pièce d'identité à toute personne qui se trouve sur les lieux et qui en fait la demande. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 77.

Reproduction de documents et d'objets

78. (1) L'enquêteur peut, aux frais de l'ordre, faire une copie des documents ou des objets qu'il peut examiner en vertu du paragraphe 76 (2) ou d'un mandat délivré aux termes du paragraphe 77 (1).

Enlèvement de documents et d'objets

(2) L'enquêteur peut enlever les documents ou objets visés au paragraphe (1) si, selon le cas :

a) il n'est pas possible d'en faire une copie sur les lieux mêmes;

b) une copie de ceux-ci ne suffit pas aux fins de l'enquête.

Restitution des documents et objets ou des copies

(3) S'il est possible de faire une copie des documents ou objets enlevés en vertu du paragraphe (2), l'enquêteur :

a) s'ils ont été enlevés en vertu de l'alinéa (2) a), restitue les documents ou objets dans un délai raisonnable;

b) s'ils ont été enlevés en vertu de l'alinéa (2) b), fournit à la personne qui était en possession des documents ou des objets une copie de ceux-ci, dans un délai raisonnable.

Copies à titre de preuve

(4) Les copies des documents ou des objets qui sont certifiées conformes aux originaux par un enquêteur sont recevables en preuve dans toute instance dans la même mesure que les originaux et ont la même valeur probante que ceux-ci.

Définition

(5) La définition qui suit s'applique au présent article.

«document» S'entend de tout élément d'information sous quelque forme que ce soit et, notamment, d'une partie de celui-ci. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 78.

Rapport d'enquête

79. Le registrateur présente un rapport faisant état du résultat de l'enquête à l'un ou l'autre des organes suivants, selon le cas :

a) le bureau, si l'enquêteur a été nommé aux termes de l'alinéa 75 a) ou b);

b) le comité des plaintes, si l'enquêteur a été nommé aux termes de l'alinéa 75 c), à la demande du comité des plaintes;

c) la Commission, si l'enquêteur a été nommé aux termes de l'alinéa 75 c) par la Commission qui exerçait les pouvoirs du registrateur aux termes du paragraphe 28 (4). 1991, chap. 18, annexe 2, art. 79.

Comité d'assurance de la qualité

Renvoi au comité d'assurance de la qualité

79.1 Lorsque le bureau, le comité des plaintes ou la Commission reçoit un rapport, présenté aux termes de l'article 79, qui fait état du résultat d'une enquête au sujet d'un mauvais traitement d'ordre sexuel au sens de l'alinéa 1 (3) c) qui aurait été infligé, il peut renvoyer l'affaire au comité d'assurance de la qualité. 1993, chap. 37, art. 21.

Programme d'assurance de la qualité requis

80. Le conseil prend des règlements en application de l'alinéa 95 (1) r) prescrivant un programme d'assurance de la qualité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 80; 2000, chap. 26, annexe H, par. 3 (1).

Évaluateurs

81. Le comité d'assurance de la qualité peut nommer des évaluateurs aux fins du programme d'assurance de la qualité. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 81.

Collaboration entre le comité et les évaluateurs

82. (1) Chaque membre doit collaborer avec le comité d'assurance de la qualité, ainsi qu'avec tout évaluateur nommé par le comité, et, entre autres :

a) permettre à l'évaluateur de pénétrer dans les locaux où il exerce sa profession et de les inspecter;

b) permettre à l'évaluateur d'examiner ses dossiers relativement aux soins qu'il donne à ses patients;

c) fournir au comité ou à l'évaluateur les renseignements que l'un ou l'autre demande et sous la forme que l'un ou l'autre précise, relativement aux soins qu'il donne à ses patients ou aux dossiers qu'il tient à cet égard;

d) s'entretenir avec le comité ou l'évaluateur si l'un ou l'autre le lui demande;

e) participer à un programme visant à évaluer ses connaissances, sa compétence et son jugement, si le comité le lui demande.

Inspection des locaux

(2) Toute personne ayant le contrôle des locaux dans lesquels exerce un membre, à l'exception d'un logement privé, permet à l'évaluateur d'y pénétrer et de les inspecter.

Examen des dossiers

(3) Toute personne ayant le contrôle des dossiers relatifs aux soins donnés par le membre à des patients permet à l'évaluateur de les examiner.

Exception

(4) Le paragraphe (3) n'a pas pour effet d'exiger que le patient ou son représentant permette à l'évaluateur d'examiner les dossiers relatifs aux soins du patient.

Conflit

(5) Le présent article s'applique malgré les dispositions d'autres lois relatives à la confidentialité des dossiers médicaux. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 82.

Caractère confidentiel des renseignements

83. (1) Sauf disposition contraire du présent article, le comité d'assurance de la qualité et tout évaluateur nommé par ce dernier ne communiquent à aucun autre comité :

a) les renseignements qu'a fournis le membre;

b) les renseignements qui concernent le membre et qui ont été obtenus aux termes de l'article 82.

Exception en cas de faux renseignements

(2) Les renseignements visés au paragraphe (1) peuvent être communiqués en vue de montrer que le membre a fourni sciemment de faux renseignements au comité d'assurance de la qualité ou à un évaluateur.

Renvoi au bureau

(3) Si le comité d'assurance de la qualité est d'avis, en se fondant sur une évaluation, qu'un membre a pu commettre une faute professionnelle ou qu'il peut être incompétent ou frappé d'incapacité, il peut communiquer au bureau son nom, ainsi que les allégations faites contre lui.

Utilisation des renseignements confidentiels

(4) Les renseignements qui ont été communiqués contrairement au paragraphe (1) ne doivent pas être utilisés contre le membre auquel ils se rapportent dans une instance devant le comité de discipline ou le comité d'aptitude professionnelle. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 83.

Témoignage dans une instance

(5) Sans préjudice de la portée générale de l'article 36 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, les renseignements visés au paragraphe (1) ou les renseignements que détient un membre afin de se conformer aux exigences d'un programme d'assurance de la qualité prescrit qui est visé à l'article 80 ne sont pas admissibles en preuve dans une instance civile, sauf dans une instance introduite en vertu d'une loi sur une profession de la santé et dans la mesure permise par cette loi ou un règlement pris en application de cette loi. 1998, chap. 18, annexe G, art. 19.

Programme de relations avec les patients

Programme de relations avec les patients

84. (1) L'ordre offre un programme de relations avec les patients. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 84 (1).

Mesures relatives aux mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients

(2) Le programme de relations avec les patients doit comprendre des mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients, ou à traiter de ceux-ci. 1993, chap. 37, par. 22 (1).

Idem

(3) Les mesures visant à prévenir les mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard des patients ou à traiter de ceux-ci doivent porter sur ce qui suit :

a) les exigences en matière d'éducation auxquelles doivent satisfaire les membres;

b) les principes directeurs régissant la conduite des membres avec leurs patients;

c) la formation à donner au personnel de l'ordre;

d) la communication de renseignements au public. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 84 (3); 1993, chap. 37, par. 22 (2).

Rapports touchant le programme

(4) Le conseil remet au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé un rapport écrit décrivant le programme de relations avec les patients et, chaque fois que des modifications y sont apportées, un rapport écrit décrivant celles-ci. 1991, chap. 18, annexe 2, par. 84 (4).

Rôle consultatif du conseil

85. Le comité des relations avec les patients donne au conseil des conseils sur le programme de relations avec les patients. 1991, chap. 18, annexe 2, art. 85.

Dépôt de rapports au sujet de professionnels de la santé

Dépôt de rapports par des membres

85.1 (1) Le membre dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si, dans l'exercice de sa profession, il lui est donné des motifs raisonnables de croire qu'un autre membre de son ordre ou d'un autre ordre a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient.

Identité non connue

(2) Le membre n'est pas tenu de déposer un rapport s'il ne connaît pas le nom du membre qui

ferait l'objet du rapport.

Renseignements provenant d'un patient

(3) Le membre qui est tenu de déposer un rapport en raison de motifs raisonnables acquis auprès d'un de ses patients fait tout en son pouvoir pour informer le patient de cette exigence avant de déposer le rapport. 1993, chap. 37, art. 23.

Dépôt de rapports par des établissements

85.2 (1) La personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement dans lequel exercent un ou plusieurs membres dépose un rapport conformément à l'article 85.3 si elle a des motifs raisonnables de croire qu'un membre qui exerce dans l'établissement a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient.

Motifs raisonnables des personnes non physiques

(2) Pour l'application du paragraphe (1), la personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement, mais qui n'est pas une personne physique, est réputée avoir des motifs raisonnables si le particulier responsable de l'exploitation ou du fonctionnement de l'établissement a lui-même des motifs raisonnables.

Identité non connue

(3) La personne qui exploite ou fait fonctionner un établissement n'est pas tenue de déposer un rapport si elle ne connaît pas le nom du membre qui ferait l'objet du rapport. 1993, chap. 37, art. 23.

Exigences relatives aux rapports exigés

85.3 (1) Le rapport exigé aux termes de l'article 85.1 ou 85.2 doit être déposé par écrit auprès du registrateur de l'ordre du membre qui fait l'objet du rapport.

Délai de dépôt, cas de mauvais traitements d'ordre sexuel

(2) Le rapport doit être déposé dans les trente jours qui suivent le jour où naît l'obligation de déposer un rapport, à moins que la personne qui est tenue de déposer le rapport n'ait des motifs raisonnables de croire que le membre continuera d'infliger des mauvais traitements d'ordre sexuel au patient ou en infligera à d'autres patients, auquel cas le rapport doit être déposé immédiatement.

Contenu du rapport

(3) Le rapport doit contenir :

a) le nom de la personne qui dépose le rapport;

b) le nom du membre qui fait l'objet du rapport;

c) une explication des mauvais traitements d'ordre sexuel faisant l'objet de l'allégation;

d) sous réserve du paragraphe (4), le nom du patient du membre qui fait l'objet du rapport si les motifs de la personne qui dépose le rapport sont liés à ce patient.

Interdiction d'identifier un patient sans son consentement

(4) Le nom d'un patient qui peut avoir été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel ne doit pas figurer dans le rapport sans le consentement écrit du patient ou, si le patient est incapable, de son représentant.

Rapport, psychothérapie

(5) Si le membre qui est tenu de déposer un rapport aux termes de l'article 85.1 donne des soins de psychothérapie au membre qui ferait l'objet du rapport, le rapport doit aussi comprendre l'opinion du membre qui dépose le rapport, s'il peut en former une, quant à la probabilité que le membre qui fait l'objet du rapport inflige des mauvais traitements d'ordre sexuel à des patients à l'avenir. 1993, chap. 37, art. 23.

Rapports supplémentaires, psychothérapie

85.4 (1) Le membre qui dépose un rapport auquel s'applique le paragraphe 85.3 (5) dépose un rapport supplémentaire auprès du même ordre s'il cesse de donner des soins de psychothérapie au membre qui a fait l'objet du premier rapport.

Délai de dépôt du rapport supplémentaire

(2) Le rapport supplémentaire doit être déposé immédiatement. 1993, chap. 37, art. 23.

Dépôt de rapports par des employeurs, etc.

85.5 (1) Quiconque met fin à l'emploi d'un membre, lui retire ses privilèges, les suspend ou les assortit de restrictions, ou dissout la société en nom collectif ou l'association qu'il forme avec le membre, pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, dépose auprès du registrateur, dans les trente jours suivant l'accomplissement d'un de ces actes, un rapport écrit énonçant les motifs de sa décision.

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, le paragraphe (1) est modifié par l'article 36 de l'annexe du chapitre 42 des Lois de l'Ontario de 2000 par insertion de «, la société professionnelle de la santé» après «la société en nom collectif». Voir : 2000, chap. 42, annexe, art. 36 et 48.

Idem

(2) Quiconque avait l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre ou de lui retirer ses privilèges pour des motifs de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, mais ne l'a pas fait parce que le membre a démissionné ou a renoncé volontairement à ses privilèges, dépose auprès du registrateur, dans les trente jours suivant la démission ou la renonciation, un rapport écrit énonçant les motifs justifiant son intention d'agir.

Demande

(3) Le présent article s'applique à toute personne, à l'exception d'un patient, qui emploie un membre ou qui s'associe à un membre dans une société en nom collectif ou autrement, ou qui lui offre des privilèges aux fins de la prestation de services de santé. 1993, chap. 37, art. 23.

Immunité touchant les rapports

85.6 Sont irrecevables les actions ou autres instances introduites contre les personnes qui déposent un rapport de bonne foi aux termes de l'article 85.1, 85.2, 85.4 ou 85.5. 1993, chap. 37, art. 23.

Financement de la thérapie et des consultations

Fonds alloués par l'ordre

85.7 (1) L'ordre crée un programme afin d'allouer des fonds pour la thérapie et les consultations destinées aux personnes qui, lorsqu'elles étaient des patients, ont été victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de membres.

Fonds régis par les règlements

(2) Les fonds sont alloués conformément aux règlements pris en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Administration

(3) Le comité des relations avec les patients administre le programme.

Admissibilité

(4) Toute personne est admissible à des fonds, sous réserve de l'une ou l'autre des conditions suivantes :

a) un sous-comité du comité de discipline conclut que la personne, lorsqu'elle était un patient, a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un membre;

b) il est satisfait aux autres exigences prescrites dans les règlements pris par le conseil.

Effet de l'appel

(5) L'appel de la conclusion du sous-comité n'a aucun effet sur l'admissibilité d'une personne à des fonds aux termes de l'alinéa (4) a).

Évaluation non nécessaire

(6) Aucune personne n'est tenue de subir une évaluation d'ordre psychologique ou autre avant de recevoir des fonds.

Choix d'un thérapeute ou d'un conseiller

(7) La personne qui est admissible à des fonds a le droit de choisir un thérapeute ou un conseiller, sous réserve des restrictions suivantes :

1. Le thérapeute ou le conseiller ne doit pas être une personne avec laquelle la personne admissible a des liens de parenté.

2. Le thérapeute ou le conseiller ne doit pas être une personne qui, à la connaissance de l'ordre, a été déclarée, à quelque moment ou dans quelque ressort que ce soit, coupable d'une faute professionnelle d'ordre sexuel ou civilement ou criminellement responsable d'un acte de nature semblable.

3. Si le thérapeute ou le conseiller n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée, l'ordre peut exiger de la personne qu'elle signe un document indiquant qu'elle comprend que le thérapeute ou le conseiller n'est pas soumis à la discipline d'une profession.

Versement

(8) Les fonds ne sont versés qu'au thérapeute ou conseiller choisi par la personne.

Utilisation des fonds

(9) Les fonds ne doivent être utilisés que pour payer la thérapie ou les consultations et ne doivent pas servir directement ou indirectement à toute autre fin.

Idem

(10) Les fonds peuvent être utilisés pour payer la thérapie ou les consultations qui ont été données avant que la personne ne devienne admissible aux termes du paragraphe (4) mais après que le sous-comité a commencé son audition de la question.

Autre couverture

(11) Les fonds alloués à une personne sont réduits du montant que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario ou qu'un assureur privé doit payer pour la thérapie ou les consultations destinées à la personne au cours de la période durant laquelle des fonds peuvent lui être

alloués dans le cadre du programme.

Droit de recouvrement

(12) L'ordre a le droit de recouvrer auprès du membre, dans le cadre d'une instance introduite devant un tribunal compétent, toute somme d'argent payée conformément au présent article pour la thérapie ou les consultations destinées à une personne admissible visée à l'alinéa (4) a).

Personne non tenue de témoigner

(13) La personne admissible n'est pas tenue de comparaître ni de témoigner dans l'instance. 1993, chap. 37, art. 23.

ANNEXE V

Reproduction des 60 recommandations présentées dans le rapport du groupe d'étude antérieur commandité par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en 1991 (Final Report of the Independent Task Force on Sexual Abuse of Patients)

LIST OF RECOMMENDATIONS

Recommendation 1

a) That the College immediately establish an **Implementation Committee** to implement all of the recommendations approved by the Council of the College. That the **Implementation Committee** consist of representatives drawn from College Council and staff at all levels, and, in recognition of their demonstrated expertise, at least three representatives of the Task Force and/or the Advisory Council who are not members of the College Council. We suggest that a senior member of the College be clearly charged with the responsibility of chairing the Implementation Committee and presenting a detailed annual progress report to the public, the Minister of Health, and the College Council at its Annual General Meeting in 1992, 1993, and 1994.

b) That the Minister of Health go beyond studying the issue of sexual abuse of patients and **reinstate** her proposal to add to the **Regulated Health Professions Code** a **Patient Relations Monitoring Board** or its equivalent to evaluate implementation by the College of Physicians and Surgeons of Ontario (and soon, other Colleges), so that the Government of Ontario continues to provide effective leadership to bring about solutions to the problem of sexual abuse of patients.

That the Minister of Health, should she decide to exclude the **Patient Relations Monitoring Board** from the **Regulated Health Professions Act**, nevertheless take immediate steps to appoint an **Evaluation Team** to monitor and report annually on the implementation of the recommendations of this Task Force, rather than wait until all the other Colleges in the **Regulated Health Professions Act** have "caught up" to the initiatives of the College of Physicians and Surgeons of Ontario.

c) That the **Evaluation Team** or its equivalent present an evaluation of the College's progress to the Minister of Health and to the Annual General Meeting of the College in 1994 that contains a recommendation as to the appropriateness of continued **self-regulation** in investigating members accused of sexual abuse of patients. That the evaluation be based, **at minimum**, on:

i) the use of well-publicized public hearings to gather information;
ii) a test of the system by professionals with expertise in sexual abuse, to check that complainants and physicians feel they are being heard, and that complainants and physicians are being treated appropriately;
iii) a review of any reinstatements granted to physicians whose licences have been revoked or suspended for sexual abuse;
iv) whether there has been an increase in the number of sexual abuse complaints received and processed by the College, and
v) the outcome of those complaints.

The Task Force believes that compliance with the philosophy of **Zero Tolerance** must be tested. One important test will be that there are no reinstatements of licences to physicians found guilty by the College of sexual abuse, unless all of the criteria for reinstatement specified in Recommendation 24 have been met.

That, should the recommendation in May 1994 be for continued self-regulation, that the Evaluation Team or its equivalent remain in place to continue to monitor and assess compliance, making an evaluation and public report to the Minister and the College every three years.

Recommendation 2

That the College initiate changes in medical training at all levels, including undergraduates, interns, residents, fellows, faculty, practising physicians, and foreign medical graduates to increase the time and content devoted to curriculum on sexual abuse, **and** that this training be included in examinations and accreditation throughout training and practice.

That the curriculum developed must reflect an understanding of the context in which sexual abuse and sexual abuse by physicians occurs, including: gender socialization, sex roles, women's equality issues, cultural variables, and the position of power the doctor brings to the doctor-patient relationship. It must also encourage development of healthy feelings, values, and self-awareness about sexuality. At minimum, the following subjects must be covered:

Improved Treatment for Sexual Abuse Survivors

- Knowledge of the magnitude of the problem of sexual abuse and sexual abuse by physicians, the consequences to victims, and issues of race, gender and class related to abuse.
- The range of problems with which victims of sexual abuse and sexual abuse by physicians present.
- Barriers to disclosure and how to facilitate disclosure.
- Management and treatment options including the need for specialized training to treat sexual abuse survivors effectively.
- The importance of checking for sexual abuse when history-taking, when this is appropriate, and how to do it appropriately.
- Strategies for recognizing, confronting, and treating abuse by colleagues and how to report knowledge or suspicion of abuse by colleagues.
- How to sensitively recognize and treat patients who, because of past sexual abuse or trauma, might perceive their physician's genuine concern as alarming and a threat to their integrity, and how to handle this appropriately.

- The recognition and appropriate care of victims of female circumcision.

Improved Understanding of Appropriate Interactions and Behaviours

- How to set and enforce appropriate treatment boundaries for oneself and the patient.
- How to discuss sexuality and sexual issues and how to perform examinations in an acceptable, non-abusive manner.
- How to give care and comfort, including touching, in an appropriate non-sexual manner.
- How to get help for oneself before abusing, including how to recognize signs in one's own behaviour that indicate that sexual abuse of a patient may occur.

Recommendation 3

That the College move swiftly to ensure that practising physicians also know:

- That, due to the power the physician brings to the physician-patient relationship, there is no such thing as gaining consent for sexual involvement with a patient.
- The warning signs of behaviour that indicate that sexual involvement with patients may occur, and what to do to prevent abusing.
- That a physician has a right to refuse to examine any area of the body of a patient or to terminate the relationship, if the physician feels that the patient is sexualizing the relationship, and how to do this appropriately.
- Where survivors of sexual abuse can find effective treatment.
- The physician's legal obligation to report sexual abuse by another physician (as proposed in Recommendations 15 and 16).
- The nature of the offences of sexual impropriety and sexual violation, as outlined in Recommendation 24.

Recommendation 4

That the College initiate the establishment of a **Joint Education Committee** on sexual abuse to develop and implement the necessary curriculum changes, methods of teaching, and accreditation/ examination processes. Membership on this **Joint Education Committee** must include senior representatives of the following groups and organizations:

a) government, including: the Ministry of Colleges and Universities and the Ministry of Health;

b) the medical community, including: the Ontario Medical Association (OMA), the Council of Faculties of Medicine, the Medical Council of Canada, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the Canadian Psychiatric Association, the Ontario Psychiatric Association, the College of Family Physicians of Canada, the Ontario College of Family Physicians, the Association of Canadian Medical Colleges, the committee planning Education of Future Physicians of Ontario (EFPO), the General Practice Psychotherapy Network and the Ontario Hospital Association; and,

c) front-line advocacy organizations with relevant expertise, including: the Canadian Health Alliance to Stop Therapist Exploitation Now (CHASTEN), the Metro Action Committee on Violence Against Women and Children (METRAC), the Disabled Women's Network Canada (DAWN Canada), the Ontario Native Women's Association, and the Coalition of Visible Minority and Immigrant Women.

We suggest a sub-committee made up of the College, the Council of Faculties of Medicine, the OMA, the Ministry of Health, the Ontario Psychiatric Association and at least three advocacy groups be clearly charged with the responsibility of implementing the changes.

Progress reports from this Joint Education Committee must be presented to the annual general meeting of each of the membership organizations and to the **Minister of Health** each year for the next three years, beginning in 1992.

Recommendation 5

That the College establish a clear and ongoing liaison with the committee planning Education of Future Physicians of Ontario (EFPO) and the Council of Faculties of Medicine, to help facilitate the required changes in undergraduate medical education.

Recommendation 6

That the College, the Law Society of Upper Canada, and the Metro Action Committee on Violence against Women and Children (METRAC), together with representation from survivor advocacy groups and survivors, cooperate in developing a continuing education program geared to the effective investigation and prosecution of sexual abuse complaints against physicians and other health care providers, including training in appropriate treatment of child witnesses and vulnerable adult witnesses. Only lawyers who have completed this course should be eligible for selection as prosecutors of sexual abuse complaints at the College. (This recommendation is already in the planning stages by the College, the Law Society, and METRAC).

Recommendation 7

That the College, together with the Ontario Medical Association, the Ontario College of Family Physcians, the Ontario Psychiatric Association and survivor and patient advocacy groups such as the Disabled Women's Network Canada, the Patients' Rights Association, and the Metro Action Committee on Violence Against Women and Children (METRAC), and representatives from the Ministries of Health, Education, and Community and Social Services develop an information brochure for patients. That this brochure contain the **Physician's Commitment to Patients**, the indicators of appropriate physical examinations, the list of warning signs and examples of sexually abusive behaviours contained in this Report, the options available for reporting and for help, and how to access the College, including the address, telephone numbers, and who to contact. That this brochure be available in languages appropriate to consumers of health services in Ontario and in Braille and on tape. That the College require this brochure to be available in every location where physicians practise and require that it be provided by members to any patient who discloses sexual abuse by another doctor.

That the **Physician's Commitment to Patients** also be prepared in poster form, and include the right to appropriate medical examinations; the right to say "no;" the right to ask questions, the right to understand, to the best of the patient's ability, what is happening to his or her body during treatment; the right to report sexual abuse by a physician, and how to access the College.

That the College encourage and support in all ways possible the display of the **Physician's Commitment to Patients** poster in every location where physicians practise. That the College also encourage the display of the brochure and the poster at other health and treatment centres, schools, sexual assault care centres, health clubs, community centres, and public centres, and make them available to these centres.

Recommendation 8

That the College actively promote public awareness of its role, policies, and procedures, the **Zero Tolerance** standard, and the entire complaints and discipline process in as many ways as possible, beginning with production of a poster and a brochure. That these be available in languages appropriate to consumers of health services in Ontario and in Braille and on tape for those who are print handicapped. That the College, in cooperation with the **Ontario Hospital Association**, ensure the brochure is available in every location where physicians practise and encourage and reward the display of the poster there. That the College also encourage the display of the poster and brochure in the other locations in Recommendation 7 and make them available to these locations.

Recommendation 9

That the College initiate the establishment of a **Joint Committee on Medical-Psychotherapy** to review and recommend ways to ensure that physicians carrying out full-time or part-time psychotherapy have adequate training, particularly in the care of survivors of sexual abuse. Membership in this committee should include, at minimum, senior representatives of the College, the Ontario Psychiatric Association, the Medical-Psychotherapeutic Institute of Ontario, and the Ontario College of Family Physicians and the General Practice Psychotherapy Network. At minimum, the committee's recommendations need to address two issues:

1. How to ensure that physicians practising psychotherapy are adequately trained to treat sexual abuse survivors effectively, including training in appropriate boundary management.

2. How to prevent physicians who have lost their licences due to a finding of guilt related to sexual abuse from becoming unlicenced psychotherapists, with the potential to abuse patients again.

That the Committee issue preliminary recommendations and an implementation plan to the College and the Evaluation Team proposed in Recommendation 1 by June 1992.

Recommendation 10

That the College issue a guideline, effective immediately, that a physician should not have sexual contact with a former patient for a period of **two years** following the date of the last professional contact with the patient, even if the physician has formally terminated the professional relationship.

Recommendation 11

That the College issue a guideline, effective immediately, that, when the physician-patient relationship has been primarily for the purpose of **psychotherapy**, sexual contact with the patient is prohibited during the professional relationship and at **any time thereafter**, due to the lasting nature of transference and the power imbalance, and hence the potential for abuse created.

Recommendation 12

That in addition to immediately adopting and issuing the guidelines for doctors proposed by this Task Force, the College establish a **Guidelines Committee** to examine models from other jurisdictions and determine whether statutory changes would be more effective. That this committee include representation from the College and the Advisory Council to this Task Force, the Ontario Medical Association (including the Women's Issues Committee), the Ontario Psychiatric Association (including the Women's Issues Section), and at least two representatives of survivor advocacy organizations with demonstrated expertise in the area of physician-patient sexual abuse.

Recommendation 13

That if the information was obtained in the course of a physician-patient relationship where the patient is a physician, and the treating physician is satisfied that the patient has limited or withdrawn from practice to the extent required to eliminate risk of harm to other patients, the report to the College include a notation that the physician is in treatment and has agreed to limit practice appropriately and that the treating physician be required to notify the College when the physician-patient leaves treatment.

Recommendation 14

That the College re-issue its guideline that physicians should make a third party readily available to their patients at all times during internal examinations if the patient so wishes, that it be incumbent on the physician to inform the patient of the option to have a third party present, and that this precaution is essential regardless of physician/patient gender.

Recommendation 15

That the College issue a guideline immediately and that the **Regulated Health Professions Code** be amended so that it is **mandatory** that a member of the College notify the College in writing when he or she has reason to believe that another member of the College is or has been engaged in sexual impropriety or sexual violation, as defined in Recommendation 24, and that such information be recorded and retained by the College. A member who knows the name of the offender, even though the patient has not explicitly named the offender, is obligated to report the offender's name, but not the patient's name, unless the patient specifically so agrees in writing.

Recommendation 16

That the College make it a policy that any person who has knowledge of any sexual impropriety or sexual violation in a physician-patient relationship may report to the College, and the College must record and retain the information in relation to the physician, on a confidential basis, until the Registrar, in accordance with the statutory safeguards, including the approval of the Executive Committee of the College, proceeds with the investigation.

Recommendation 17

That reports by third-parties are to include the physician's name, but not the patient's name, unless the patient specifically so agrees in writing, and not the reporter's name, unless the reporter is a member of the College or unless the reporter agrees to identification.

Recommendation 18

That where there is more than one third-party complaint about a physician, the College's Director of Public Complaints and Investigations be required to bring the physician's file to the attention of the Registrar and the Executive Committee of the College, for a review of the evidence available and a decision on whether an investigation will be initiated.

Recommendation 19

That any person, health care facility, business, or organization be immune from civil liability for submitting a report of sexual impropriety or sexual violation to the College, when submitted in good faith and on reasonable grounds.

Recommendation 20

That the College immediately amend its licence application, guided by the precedent of the **Law Society of Upper Canada**, to include a non-exemptible requirement to answer questions to enable the Registrar and/or the Registration Committee to determine whether or not the applicant is of **good character** sufficient to be allowed to practise medicine in Ontario.

Recommendation 21

That physicians, as a condition of licensure or re-licensure, continue to be obliged to report on an ongoing basis to the College criminal charges against them and disciplinary action against them by other Colleges or professional bodies and be obliged to report civil suits initiated against them where the charges allege sexual abuse, and that the College check previous licensing bodies for such charges prior to granting a licence.

Recommendation 22

That the **Solicitor General of Ontario** be asked to initiate mandatory reporting to the Colleges listed in Schedule 1 of the **Regulated Health Professions Act** (RHPA) of any charge laid against an Ontario physician or other member of a Schedule 1 profession, as soon as the charge is laid.

Recommendation 23

That where the College has made a finding of guilt of sexual impropriety or sexual violation, it immediately inform other provincial Colleges of Physicians and other related bodies in Canada and the United States, specifically the **Board Action Data Bank** kept by the Federation of State Medical Licensing Boards in Fort Worth, Texas, and that a protocol for mutual reporting be developed by the College with the **Federation of Medical Licensing Authorities of Canada.**

Recommendation 24

That the **Regulated Health Professions Act** be amended to include **two levels** of the offence of sexual abuse of patients:

I Sexual Impropriety, and
II Sexual Violation

As defined in this Recommendation,

I. Sexual Impropriety will comprise any behaviour, gestures, or expressions that are seductive or sexually-demeaning to a patient; inappropriate procedures, including, but not limited to, inappropriate disrobing or draping practices that reflect a lack of respect for the patient's privacy or deliberately watching a patient dress or undress instead of providing privacy for disrobing; subjecting a patient to an examination in the presence of medical students or other parties without the explicit written consent of the patient or when consent has been withdrawn; examination or touching of genitals without gloves; inappropriate comments about or to the patient, including, but not limited to, making sexual comments about a patient's body or underclothing; making sexualized or sexually-demeaning comments to a patient; criticism of the patient's sexual orientation (homosexual or heterosexual or bisexual); making comments about potential sexual perfomance during an examination or consultation, except when the examination or consultation is pertinent to the issue of sexual function or dysfunction; requesting details of sexual history or sexual likes or dislikes when not clinically indicated for the type of consultation; making a request to date; initiation by the physician of conversation regarding the sexual problems, preferences, or fantasies of the physician; and kissing of a sexual nature.

The penalty range for Sexual Impropriety would include reprimand, apology, fine, temporary suspension of licence, with conditions, or any combination thereof.

II. Sexual Violation will include physician-patient sex, whether initiated by the patient or not, and engaging in any conduct with a patient that is sexual, or may be reasonably interpreted as sexual, including, but not limited to, sexual intercourse, genital to genital contact, oral to genital contact, oral to anal contact, oral to oral contact except Cardiopulmonary Resuscitation, touching breasts or genitals except for the purpose of appropriate physical examination or treatment or where the patient has refused or withdrawn consent, and encouraging the patient to masturbate in the presence of the physician or masturbation by the physician while the patient is present.

The penalty for Sexual Violation would be a mandatory revocation of licence for a minimum of five years and a fine up to $20,000.00.

That the **Regulated Health Professions Code** should be amended to include the fine and mandatory revocation of licence for five years for members found guilty of Sexual Violation. Once the mandatory five year

revocation had been served, the physician would be entitled to apply to the Discipline Committee for reinstatement of his or her licence to practise medicine. The **Regulated Health Professions Code** should be amended so that upon application for reinstatement, the Discipline Committee, the Council or the Executive Committee must require the applicant to fulfill specific requirements including (see Appendix A for a detailed draft amendment):

- Having the College publish a notice of application which informs all physicians of the intention of the applicant to apply for readmission, and outlines how to contact the College with any relevant information prior to the applicant's readmission hearing.
- Providing a written brief demonstrating the ways in which readmission would be in the public interest.
- Making good all financial losses caused by his or her sexual abuse.
- Filing a statutory declaration setting out in full his or her business or employment activities during the period following revocation of his or her licence.
- Filing a certificate from his or her treating professional detailing the course of treatment entered into and stating the treating professional's opinion of the applicant's compliance with treatment goals and the success of treatment overall.
- Filing a certificate from an independent assessor who has evaluated the course of treatment and formed an opinion as to its success in ensuring that the applicant poses no danger to future patients.
- Filing a series of documents prepared by the treating professional and the assessor, including an assessment of how the abuse occurred, an outline of specific rehabilitation goals and whether or not they have been met and a list of specific changes in behaviour which have occurred through the rehabilitation process.
- Filing a re-entry plan developed by the independent assessor, which includes substantive safeguards to prevent further sexual impropriety or violation.
- Demonstrating a commitment to ongoing rehabilitation therapy, including submitting quarterly reports to the College on the status of his or her recovery.

In hearing an application for reinstatement, the Discipline Committee would be required to carefully consider each of the aforementioned documents, as well as:

Recommendation 24 (cont'd)

- Testimony from the applicant, the treating professional and the independent assessor as to the applicant's understanding of the harm done by his or her abuse and the effectiveness of rehabilitation in this case, the specific changes in behaviour which have taken place, the commitment to ongoing rehabilitation and specific rehabilitation goals, the proposed safeguards in place should the physician be reinstated, and any practice restrictions including monitoring which are recommended.

Having reviewed all evidence regarding the rehabilitation of the applicant, the Discipline Committee must be convinced that:

- The evidence presented, including expert evidence, satisfies to a substantial degree of medical and psychological certainty that the applicant will not abuse patients or other vulnerable persons in future.

- Readmission would be in the public interest
(see Appendix B for draft amendment specifying reinstatement criteria).

Recommendation 25

That the privacy of patient/complainants be better protected by the College, given the exceptions to secrecy proposed in Section 31 of the **Regulated Health Professions Act**, by:

1) Immediately beginning to delete the name of patient/complainants from documents accessible to College staff or lawyers and their staff.

2) Omitting graphic intimate details which may identify the patient including personal information unrelated to the facts of the physician abuse in the Report of the Discipline Committee which is public and widely distributed.

Recommendation 26

That the College identify in Regulations to the Act examples of sexually abusive behaviours in the two-tiered offence and ensure that these behaviours are known and understood by the physicians of Ontario.

Behaviours considered Sexual Impropriety or Sexual Violation (see Recommendation 24) include, (the occurrence of, or attempt to, or inducement to) but are not limited to:

- Watching a patient dress or undress, instead of providing privacy for disrobing.
- Deliberately making sexual comments about a patient's body or underclothing.
- Making sexualized or sexually-demeaning comments to a patient.
- Criticism of the patient's sexual orientation.
- Making comments about potential sexual performance during a

examination or consultation, except clinical comments where the patient's purpose in seeking the consultation was to discuss sexual issues.
- Making a request to date.
- Subjecting a patient to an examination in the presence of medical students or other parties without the explicit consent of the patient.
- Requesting details of sexual history or sexual likes or dislikes when not clinically indicated for the type of consultation or presenting problem.
- Initiation by the physician of conversation regarding the sexual problems, preferences or fantasies of the physician.
- All contact with genitals without the use of gloves

Recommendation 27

a) That the College, together with the Metro Action Committee on Violence Against Women and Children (METRAC) develop hiring criteria and performance standards for staff who will be involved with individuals contacting the College about sexual abuse.

b) That immediate, substantive and ongoing training be provided to all College staff who may, in any way, have contact with an individual inquiring or complaining about sexual abuse, (including receptionist, secretary, investigator, inspector, patient representative, and manager) as well as every member of Council, especially those sitting on, or likely to sit on, the Complaints or Discipline Committee within the next two years. That this training must address the common tendency to blame the victim and must include at minimum:

- The nature of sexual abuse by physicians, the magnitude of the problem, the consequences to victims, and issues of race, gender, and class related to abuse.

- The range of ways a survivor may initiate disclosure or inquiry, and how to facilitate and handle disclosure, inquiries, complaints, and information dissemination in an appropriate, empathetic, and supportive manner.

- How to fully and appropriately explain the complaints and discipline process of the College to potential complainants.

- The options a complainant has to lodge a complaint of sexual abuse through the criminal and civil justice systems.

- How to address survivors and those making inquiries with sensitivity and respect (for example, not addressing or referring to an adult woman as "girl").

- The characteristics of Sexual Impropriety and Sexual Violation, as outlined in Recommendation 24.

Changes in the Investigation and Complaints Process

Recommendation 28

That the College make it a policy that the entire complaints and discipline procedure up to and including final decision and options to appeal, be explained in full to a complainant before he or she is asked to make a written complaint, including the steps in the process, the disposition of medical records, the options available, the requirements of the complainant, the possible outcomes, and the resources the College will make available to him or her.

Recommendation 29

That there be very **frequent, clearly-worded communications** on the progress of the investigation, complaint, and discipline process between the College and the complainant and between the College and the physician and that care be taken that any communication from the College to complainants and physicians or their representatives be respectful and not attempt to intimidate or obstruct access to justice. That the College check with the complainant or physician to ensure that such communication has been understood.

Recommendation 30

That the College make it a policy to offer to complainants assistance in writing a complaint, including the assistance of a sensitive, trained investigator or patient representative, as well as provide whatever assistance is necessary to those complainants with **special communications needs**, such as language interpretation, cultural interpretation, or sign language interpretation and the ability to make the complaint on tape, if needed. That these resources be made available at College expense.

Recommendation 31

That the **College** make it a policy to offer to complainants support and/or counselling from outside the College throughout the complaints and discipline process if he or she does not have any, and so wishes, including **support, counselling, advocacy**, and whatever assistance is necessary for complainants with special communications needs, and continue to cover the costs of transportation, accommodation, and child care expenses. That these resources be made available at College expense.

Recommendation 32

That the **College** retain expert advice to develop an action plan on how to effectively encourage **women doctors** to serve on the Council and that the College encourage the **Minister of Health** to facilitate further appointments of women, including **women who are members of racial minorities or who are disabled, as public members.**

- That the College immediately increase the number of women and public members who sit on the Complaints and Discipline Committees; that the Complaints Committee and each panel of the Discipline Committee be composed of at least two women and the maximum possible number of public members; and that these panels be chaired by a member, not necessarily a doctor, with skill and training in adjudication of administrative tribunals.

- All members of the Complaints and Discipline panels are to be selected for their **demonstrated understanding and expertise** in sexual abuse as one principal criterion, in addition to being open-minded and knowledgeable in other areas deemed by the College as relevant to its obligations in regulating the profession.

- Before sitting on any of these panels, all members must have completed the **training program** being jointly developed with the Law Society of Upper Canada and METRAC (Recommendation 6) as well as the College's own internal training program, once these programs are available.

Recommendation 33

That the College continue its policy that when the Complaints Committee is satisfied that there is enough evidence of sexual abuse "on the face of the file" (prima facie), the complaint should always be referred to the Discipline Committee.

Recommendation 34

That in sexual abuse complaints, the College begin immediately, as standard procedure, to exercise its existing **statutory authority to seize** the patient's medical records and any other relevant materials, with a search warrant if required, at the beginning of the investigation process, without prior notice to the physician.

Recommendation 35

That the College use the revised confidentiality sections of the **Regulated Health Professions Act** (Section 32(1)(b)) to commence a specific investigation when the Registrar determines whether other patients of the physician might be able to provide evidence related to the complaint by carefully reviewing the doctors' medical records for indications that other patients may be victims while ensuring that confidentiality of their medical records is protected. Each patient so contacted to receive a copy of the decision of the Complaints or Discipline Committee within six weeks of that decision.

Changes in the Discipline Process

Recommendation 36

That the College continue its policy that any decision not to refer a sexual abuse complaint to the Discipline Committee must be supported with a **full explanation in plain language** given to the complainant, and make it a policy that there be a genuine opportunity for the complainant to ask questions and receive answers about the decision. At the same time, the complainant must be fully informed of the appeal procedure to the Health Disciplines Board and that this process is separate from the College.

Recommendation 37

That, in order to help reduce the delay in hearing sexual abuse cases, the College actively recruit the public members needed to increase the number of Discipline panels to two, until such time as the **Regulated Health Professions Act** is amended to allow for more panels.

Recommendation 38

a) That the College make it a **policy** that the patient/complainant has **guaranteed Intervenor status** in the hearing and the option to have a support person as well as her legal representative present throughout the hearing. Should the patient's **competence as a witness** become an issue at the hearing, the patient should have the right to participate as a **party.**

b) That the **Regulated Health Professions Code** be expanded to give the Complaints and Discipline Committees the same discretion to specify parties as is currently held by the Fitness to Practise Committee.

c) That the **Regulated Health Professions Code** be amended to give explicit authority to the Discipline Committee to use its discretion in allowing **public interest intervenors,** who are not representing the individual or complainant but can bring important perspectives to the deliberations.

Recommendation 39

That the College make it a policy that, until the case is referred to the Discipline Committee, a complainant should be granted a reasonable **adjournment** - if she or he is feeling unable to continue.

Recommendation 40

That the College make it a policy that a prosecutor become involved in : case immediately upon a complaint being referred to Discipline, and that the complainant has a right to meet with the prosecutor, and participate in the **selection of this prosecutor** from a group of lawyers provided by the College.

Recommendation 41

That the College require that lawyers who prosecute sexual abuse cases for the College must have demonstrated expertise in the theory and practice of conducting a sexual abuse case and an appreciation of the impact on the complainant as well as on the physician. Once Recommendation 6 is implemented, that the College only allow lawyers who have completed the **program on sexual abuse** to act as prosecutors.

Recommendation 42

That the College make it a policy that the letter of complaint that goes to the doctor for response is not sent without the **complainant's explicit knowledge and consent.**

Recommendation 43

That the College immediately modify its current practice and require a pre-hearing procedure similar to that employed by the Ontario Pay Equity Tribunal and the Ontario Human Rights Commission, and to ensure the **fullest possible disclosure** of information from all parties prior to a hearing be required immediately.

Recommendation 44

That, when the defence puts forward good character evidence, the prosecution lead expert opinion that **evidence of good character** in professional and community life does not have any bearing on the **propensity** to sexually abuse.

Recommendation 45

That in all cases of sexual abuse, it should be argued by the College that the physician is incompetent due to his "disregard of the welfare of the patient of a nature or to an extent that demonstrates he is unfit to continue in practice" as in Section 50(1) of the **Regulated Health Professions Code.**

Recommendation 46

That, to the greatest extent possible, all prosecutions for sexual abuse must present as part of the case before the Discipline Committee evidence related to **actual harm** to the abused patient, **risk of harm** to other patients, the high probability of recidivism, and the current inability of rehabilitation programmes to determine prospectively that a particular abuser will not abuse again.

Recommendation 47

That the College hire an abuse survivor to assist the College in initiating the development of counselling resources for survivors of sexual abuse by physicians, including a **network of survivors** whom a potential complainant could consult with about the experience of pursuing a complaint before deciding to proceed.

Recommendation 48

That the College employ objective outside testing, on a regular basis, to ensure there is sufficient capacity to its **toll-free telephone line** to be accessible (i.e., not constantly busy) to a member of the public and that the College install a **TDD line** to meet the needs of hearing-impaired members of the public.

Recommendation 49

That there be statutory amendments to the **Regulated Health Professions Act** to override the **Statutory Powers Procedures Act** so that the current entitlement of the accused to reasonable information of any allegations should be matched with a requirement on the part of the defence to disclose evidence to be presented.

Recommendation 50

That the section of the proposed **Regulated Health Professions Act** which actually lengthens the time for investigating and presenting a complaint to the Complaints Committee from 60 days to 120 days, be amended to reduce the allowable delay.

Recommendation 51

That the Minister of Health and the Cabinet address the disadvantage created by two-tiered compensation of membership on College Councils under the **Regulated Health Professions Act** by immediately increasing the per diem of public members to the same amount received by College members, to be reviewed annually.

Recommendation 52

That the **Regulated Health Professions Act** be amended as follows:

a) To provide that the College can prosecute more than one sexual abuse case together and that Discipline panels may consider together the evidence from more than one complaint.

b) To authorize the Discipline panels to reach decisions without requiring corroboration in sexual abuse cases.

Recommendation 53

That the **Public Hospitals Act**, the **Mental Hospitals Act** and the **Private Hospitals Act** be amended to include a **positive obligation** on hospital administration to:

a) Include in the hospital's annual report (to be forwarded within one month of its release, to the Monitoring Board in Recommendation 1 or its equivalent to be established by the Minister of Health) specific

information on safeguards against sexual abuse of patients or staff including a thorough background check before hiring or giving admitting privileges, as well as practices, policies and procedures to prevent sexual abuse, and disposition of any complaints received including the disposition time of complaints about sexual abuse by hospital staff or patients.

b) Maintain the highest possible level of education for themselves and other hospital staff as to the actual damage done by sexual abuse including the likelihood that other patients and sometimes staff are placed at risk when an abuser is not reported and suspended;

c) Report to the College the names of all doctors against whom any complaint of sexual abuse has been brought by patients, members of the public, or staff.

That sanctions against inaction on the part of hospital administrators be developed, including that failure to comply with these obligations be subject to a fine of $5,000.00 to be paid to the Survivors Compensation Fund or its equivalent.

Recommendation 54

That the **Ontario Evidence Act** and the **Regulated Health Professions Act** be amended to create exceptions to the "hearsay rule" to allow statements of **children and vulnerable adults** into evidence, and to use expert witnesses to explain the impact of sexual abuse, utilise devices such as screens, 1-way mirrors and closed-circuit television, to protect those who testify; and the adoption of a code of ethics respecting examination and cross-examination of child and vulnerable adult witnesses.

Recommendation 55

That the **Regulated Health Professions Code** be amended to extend the **privacy protections** to include patient/complainants or witnesses in sexual abuse cases.

Recommendation 56

That the **Minister of Health** and the **Treasurer of Ontario** establish a **Survivors Compensation Fund** to receive all monies paid as fines for sexual impropriety or sexual violation. In addition, the doctor must pay into the new Fund the equivalent amount for fees paid by OHIP as "services" when, in fact, the doctor was sexually abusing the patient. As well, proceeds from a levy of 1% of the annual membership fee of the **Ontario Medical Association** (OMA) should be forwarded to the Fund as a clear demonstration by the medical profession of its collective responsibility to patients who have been harmed by a member of the profession. That the procedure for this remedy be established in consultation with the Women's Health Bureau of the Ministry of Health.

Recommendation 57

That the **Limitations Act** be amended immediately in keeping with the March 1991 Report of the Limitations Act Consultation Group so that there will be no limitation period whatsoever on sexual assaults occurring in or as a result of a relationship of authority, trust or dependency.

Recommendation 58

That the Professional Relations Branch of the Ministry of Health immediately provide to members of the **Health Professions Board** substantive training in understanding sexual abuse, similar to that described in Recommendation 27.

Recommendation 59

That the **Director, Public Appointments and Cabinet** immediately include demonstrated understanding of sexual abuse as an important criterion in the selection of people to sit on the Health Professions Board.

Recommendation 60

That the offence of "aggravated sexual assault" in the **Criminal Code** be amended to include "by a person in a position of trust or authority."